

Doctorado de la Universidad de Buenos Aires
Facultad de Filosofía y Letras

CATEGORIZACIONES,
DISPOSITIVOS E INTERVENCIONES
TECNOLÓGICAS EN LA
‘TRANSEXUALIDAD’

Un análisis de controversias desde la
antropología de las ciencias entre lo local y lo
global

Doctorando: María Alejandra Dellacasa
Directora: Dra. Alejandra Roca
Consejera Académica: Dra. Susana Margulies

2017

Agradecimientos

Esta tesis es para Fran y para Luna, porque fueron los que más ‘aguantaron’ el trabajo de investigación y la redacción. Porque eso significó menos tiempo compartido juntos y menos juegos y paseos. Sin embargo, también ha sido un modo de mostrarles lo feliz y satisfecho que uno se siente haciendo aquello que le apasiona.

El primer y más grande agradecimiento es para Ceci y Rubén, mis viejos, por haberme apoyado siempre en cada una de las cosas que decidí emprender y por acompañarme incondicionalmente en cada trayecto de mi vida.

Gracias Ru por toda la ayuda con las desgrabaciones y las correcciones de este trabajo, por saber que puedo contar con vos.

Gracias Diego porque -más allá de las etiquetas que le pongamos a este vínculo- siempre estamos ‘presentes’ apoyándonos y viendo crecer a lo mejor que nos salió en esa vida. Gracias por los mates y las limonadas, la comida y el cuidado de los peques durante la última etapa super intensiva de escritura.

Gracias Ale, por ser ‘mi’ directora, mi mentora y compañera de aprendizajes. En casi seis años de este recorrido hemos construido una relación de mucho afecto. Gracias por el pensionado en tu casa, tus lecturas, tus consejos, tu incentivo constante para seguir adelante y sobre todo gracias por creer en mí.

Gracias Susana Margulies, por haber despertado mi interés por la antropología médica y por todo el apoyo en cada uno de mis trayectos académicos.

Agradezco a todo el equipo de Antropobiociencias por haber sido parte de este trabajo, por los espacios de debate y por el empuje! Gracias Marina, Javi, Sol, Debo.

Gracias a Hernán Otero y a los colegas del Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales por recibirme tan bien en Tandil. Gracias Daniel Miguez por apoyar mi trabajo.

Gracias a los profesionales que participaron en el trabajo por su tiempo y su colaboración
Gracias a todas las personas que me acompañan, que quiero y que me apoyaron en mi viaje, gracias Gabi, Vani, Paula, Agus y a Leti porque las distancia nos acerca!
Gracias Fran y Luna por ser mis mejores maestros y enseñarme del amor incondicional.

APERTURA

INTRODUCCIÓN

EL TRABAJO DE CAMPO

- Estudio de narrativas como vía de acceso para indagar los procesos sociales y políticos de construcción del malestar
- Apuestas metodológicas
- La Teoría del Actor Red como herramienta de análisis
- Hacia un mapeo de las controversias

PERSPECTIVAS DE LAS QUE SE NUTRE ESTE TRABAJO

- Antropología de la salud
- Estudios CTS

HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA CIENCIA

- La perspectiva holística
- La división naturaleza/cultura
- La ciencia como cultura
- Los científicos como una tribu
- El laboratorio como la aldea. El método etnográfico
- Relativismo y simetría
- Hermenéutica de las prácticas científicas y crítica poscolonial
- Antropobiociencias. La vida como campo de regulación

NUDOS PROBLEMÁTICOS

BREVE MAPA-RECORRIDO

- TRAYECTORIAS GLOBALES DE LAS BIOCENCIAS

**CAPÍTULO I – PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO. TRAYECTORIAS
CONCEPTUALES EN TORNO A LAS SEXUALIDADES**

4

ESTADO DEL ARTE. ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS TRANS

- Discusión bibliográfica

UNA GENEALOGÍA DE LAS CIENCIAS DE LA VIDA. LA BIOLOGIZACIÓN DE LA VIDA Y LA SEXUALIDAD

- Las nociones de “vida” cuando la historia se vuelve natural
- Biología: del desfile al catálogo
- La vida como información
- La estatización del saber sobre la vida

RACIONALIDAD, EPISTEMOLOGÍA Y ASUNCIONES ONTOLÓGICAS EN BIOMEDICINA

LA PRODUCCIÓN DE CUERPOS ADECUADAMENTE SEXUADOS

- Un cuerpo, dos sexos
- Del pecado y el castigo a la medicalización de la sexualidades
- Hacia la búsqueda de un sexo verdadero
- El surgimiento del concepto de género

LA CONSTRUCCIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD COMO UN “HECHO CIENTÍFICO”

- Modalidades de producción de conocimiento en torno a la ‘anormalidad’
- El proceso de colonización de la sexualidad por parte de la ciencia, la construcción de entidades nosológicas
- Reordenando las ambigüedades

- NARRATIVAS DISCIPLINARES Y LINAJES TEÓRICOS

**CAPÍTULO II – UNA MIRADA ARQUEOLÓGICA DE LOS DISCURSOS SOBRE
'TRANSEXUALIDAD'. MODALIDADES DE PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y
SUBJETIVIDADES**

5

- Artificios para ordenar la lectura
- La transexualidad como problema social y como problema científico. Debates sociales y debates científicos
- Las narrativas científicas de la transexualidad y la transexualidad de las narrativas científicas

**UNA RECONSTRUCCIÓN DE LINAJES INTELECTUALES A PARTIR DE NARRATIVAS
DISCIPLINARES**

- Las perspectivas 'ambientalistas'
- Trayectorias 'psi', procesos de institucionalización e intervención: las "Clínicas de género"
- Los planteos innatistas
- El proceso de producción de la evidencia
- El contexto de la controversia

**CONTROVERSIAS EN TORNO AL PROCESO DIAGNÓSTICO Y LA INTERVENCIÓN
'TERAPÉUTICA'**

TODO CONOCIMIENTO ES POLÍTICO

- Los enfoques construccionistas y la teoría Queer. Un desplazamiento en el foco de la controversia
- Las verdades del relato de la ciencia y sus consecuencias políticas

- SABERES PROFESIONALES Y RUTINAS DE INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA LOCAL

CAPÍTULO III –LA EXPERIENCIA TRANS Y EL DISPOSITIVO DE SALUD EN ARGENTINA

- Caracterización del universo de estudio y del trabajo de campo en hospitales públicos

LOS MODOS DE CONOCER Y DE CATEGORIZAR QUE CONSTRUYEN LOS PROFESIONALES

- Ser parte del universo médico
- Las disputas por denominar.
- Los discursos médicos que ‘crean’ el sexo y el género

LA TRANSEXUALIDAD COMO UNA ENTIDAD NOSOLÓGICA DIFERENCIADA

- Las ‘teorías nativas’ acerca del origen de la transexualidad

RUTINAS Y DINÁMICAS DE ATENCION HOSPITALARIAS

- Transitando los espacios de atención. Hitos que han dado forma a las rutinas y al dispositivo en nuestro país
- Primeras impre(c)isiones sobre las personas que visitan el consultorio
- ‘Travestismo’ vs. ‘Transexualidad’
- ‘Transexuales verdaderos’ o cómo ser ‘un femenino apropiado’
- Ellos creen... nosotros sabemos
- Si ellas ya no están enfermas, el sistema de salud se hace el loco...

CAPÍTULO IV – INTERVENCIONES CORPORALES ENTRE LA NORMALIZACIÓN Y LA PERFECTIBILIDAD

EXPERIENCIAS CORPORALES CON LAS TECNOLOGIAS BIOMÉDICAS

- La concepción protésica de la técnica, el ser humano como ser carencial

- Desde el dualismo anormalidad/normalidad a la noción de *upgrade* o supranormalidad
- El paradigma protésico. Permutas tecnológicas y el homo prostheticus
- La incorporación del paradigma genético. Una nueva política molecular
- Devenir cyborgs. Repensar los dualismos en la postmodernidad

DESDIAGNOSTICANDO EL SEXO, INTERVINIENDO LOS CUERPOS

- El 'error' de la naturaleza que la biomedicina puede 'corregir'
- Terapia Hormonal de Reemplazo
- "No consulte a su médico"

7

RECREANDO NUEVOS SEXOS

- Construyendo hombres y mujeres 'funcionales'
- Cumpleaños quirúrgico
- Neutralidad y decisiones técnicas frente a la 'asepsia de género'
- Penes y máquinas: el imperativo tecnológico
- A más normalización, mayor hibridez
- Cumpleaños quirúrgico

- ESTABILIZACIONES. ENTRE LO GLOBAL Y LO LOCAL

CAPÍTULO V – ENTRE EL SENTIDO COGNITIVO Y POLÍTICO DE LAS CONTROVERSIAS

NÚCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LAS CATEGORIZACIONES DIAGNÓSTICAS

- El camino a la psiquiatrización
- Nomenclaturas. Estabilizaciones, desestabilizaciones y nuevas categorías
- La paradoja de la despatologización y la desmedicalización
- De 'pacientes' a activistas

NÚCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LOS DERECHOS

- Antecedentes a nivel internacional

- Los discursos sobre las sexualidades y los derechos

LA LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO COMO MARCO NORMATIVO Y COMO DISPOSITIVO MÉDICO-LEGAL DE CONSENSO

- Un largo camino hacia el reconocimiento
- Despatologizando las identidades politizando las sexualidades
- La experiencia transexual ingresa en la agenda política

8

NÚCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. SALUD Y SEXUALIDAD

- El escenario argentino de la diversidad sexual, la salud y los derechos. Estrategias
- Hacia un proceso de democratización del acceso a las tecnologías biomédicas. La “apertura” a otras voces

NUEVOS COLECTIVOS COGNOSCENTES QUE DISPUTAN EL MONOPOLIO DE LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y LAS DINÁMICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Sujetos emponderados, pacientes “expertos” y disputas en torno al conocimiento.
- Análisis de los procesos de Co-producción de conocimiento y Co-gestión del tratamiento

CONCLUSIONES

RECAPITULANDO

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

- Repensando la flexibilidad interpretativa de los artefactos tecnológicos
- Recuperando las dimensiones políticas de las intervenciones corporales
- Subjetividades mediadas biotecnológicamente
- Reflexiones acerca del cruce entre activismo y academia

EPISTEMOLOGÍA DE LA BARBARIE

- Viejos-nuevos sujetos híbridos que alimentan la máquina moderna
- Produciendo conocimiento situado
- Críticas a la colonialidad del saber
- Ser TRANS-formadxs. El antropólogo como co-productor

OTRAS APERTURAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Resumen

Esta tesis constituye una cartografía de algunas de las principales controversias que atraviesan la medicalización de la experiencia trans, dando cuenta de las diferentes trayectorias y evidenciando las dinámicas que favorecen los procesos de estabilización y clausura. Dicha modalidad me permitió, además, analizar el proceso de construcción de conocimiento, como una instancia conflictiva y plural de elaboración colectiva, en la que el saber experto es disputado por diversos colectivos cognoscentes.

Esta tesis se presenta articulada a partir de tres dimensiones de análisis. Por un lado, la dimensión de las genealogías globales a partir de desandar los procesos de producción de conocimiento de las biociencias, centrándonos en las bases epistemológicas y las asunciones ontológicas de las ciencias de la vida y particularmente de la medicina. En este sentido trazamos un recorrido que nos permite reconstruir las rupturas y continuidades en torno a las categorizaciones de las sexualidades identificadas como ‘anormales’, así como su proceso de medicalización y tratamiento. Por otro lado, el eje de las narrativas disciplinares y linajes teóricos, se centra en un análisis arqueológico de los discursos acerca de la transexualidad a partir de una revisión de producciones bibliográficas que dan cuenta de los núcleos de debate y tensión en las controversias, a la vez que ponen en diálogo los discursos y sus contextos de producción. En ese sentido, permiten abordar los procesos de investigación, su validez y las negociaciones sobre los sentidos sociales y políticos del tema. Un tercer eje apunta a reconstruir una mirada etnográfica de las rutinas y las prácticas que tienen lugar en los espacios de atención. Aquí, los profesionales interactúan con las personas trans, las instituciones, las tecnologías y construyen sentidos respecto de sus prácticas, a la vez que producen saberes ‘situados’.

Además, evidenciamos las tensiones y resistencias que introducen las intervenciones tecnológicas en los cuerpos, tensando las nociones de identidad, género y salud.

Finalmente, recuperamos una serie de puntos de irreversibilidad y núcleos de estabilización tanto a nivel global como local de las controversias que hemos ensayado.

Apertura

12

Los titulares de los diarios rezan:

“Hay lista de espera para cambiar de sexo” (Diario La Nación, 11/05/2012)

“El transexual que pudo ser mujer” (Diario Página/12, 28/01/2004)

“Médicos platenses convirtieron en mujer a un hombre de 30 años”(Diario La Nación, 28/01/2004)

“Revolución de género ¿Hay explicación científica?” (Diario Clarín, 17/03/2017)

“¿Quién define la identidad? Transexualidad, pocos temas provocan tanta confusión (Diario La Nación, 18/09/2011)

“Más de doscientas personas ya cambiaron de sexo en el país” (Diario Clarín, 18/03/2016)

“Being Transgender as a fact of Nature” (New York Times, 13/06/2016).

Sin embargo, en los espacios de atención ‘la realidad’ es mucho más compleja. Los profesionales rechazan la idea de ‘cambio de sexo,’ ya que: “no somos Dios, para andar cambiando de sexo a la gente”- alegan. Las categorizaciones y los aspectos que definen lo femenino y lo masculino se mezclan al punto de volverse completamente indeterminados. Las explicaciones científicas proliferan en la búsqueda de un indicador unívoco de la identidad sexual de las personas, y se confunden y contradicen ante la avasallante materialidad y diversidad de experiencias de las que se compone ‘la realidad’. La ‘naturaleza’ deja paso a la tecnología para reconstruir la genitalidad, corregir los errores y

perfeccionar el funcionamiento de los cuerpos, que cada vez se vuelven más maleables, en el devenir de los avances tecnológicos.

Hasta hace algunos años, los cirujanos -mayormente urólogos- tenían que esperar la autorización de los jueces para realizar las pocas cirugías de reasignación de sexo que se practicaban en el país. Después de un largo proceso judicial que se iniciaba con la presentación de un recurso de amparo, distintos peritos especialistas construían argumentos a favor o en contra de reconocer a un sujeto como transexual, o portador de un trastorno de identidad sexual. Ese diagnóstico era el requisito *sine qua non* para poder acceder al cambio de nombre y sexo en los registros oficiales, a la terapia hormonal de reemplazo y a la cirugía de reconstrucción genital –de hecho estos requisitos aún prevalecen en la mayoría de los países del mundo-. La etiqueta patológica, luego dio lugar a una posterior relectura y reinterpretación de la experiencia en términos de identidad autopercibida y libre determinación sobre el propio cuerpo, cuestiones que refleja la actual legislación que rige en nuestro país desde el año 2012. La Ley 26.743, conocida como Ley de Identidad de Género, es pionera a nivel mundial en asumir una perspectiva despatologizante y un abordaje de atención integral de la salud de las personas trans.

En las discusiones previas que favorecieron la democratización del acceso a tecnologías de transformación corporal y en la impronta que la nueva legislación le ha dado a las dinámicas de atención en los espacios públicos confluyen un sinnúmero de perspectivas, actores y grupos sociales. Al trazar una cartografía de las principales controversias que atraviesan la experiencia transexual pretendemos dar cuenta de los diferentes argumentos que se presentan enfrentados a la hora de definir la experiencia, esbozar una explicación etiológica, construir categorías diagnósticas e implementar modalidades terapéuticas. A la vez, hay una serie de asunciones que funcionan como base para los argumentos que los diferentes actores y colectivos cognoscentes construyen. Al diseñar un mapa de la red, pretendemos dar cuenta de las dinámicas y mediaciones que favorecen la acumulación de poder y legitimidad para ciertos grupos sociales, a la vez que evidenciamos los procesos de construcción de consenso y estabilización que se tejen en esa trama y que posicionan diferencialmente a distintos actores.

El hecho de cartografiar todas las perspectivas, permite que aquellos sectores marginales puedan ser visibilizados, mostrando los espacios que se disputan. ¿Qué tienen esos otros para decirnos acerca de nosotros? ¿Qué oscuras combinaciones encarnan y qué verdades naturales cuestionan?

Introducción

15

*No, realmente, no se necesita sortilegio ni magia,
no se necesita un alma ni una muerte
para que sea a la vez opaco y transparente,
visible e invisible, vida y cosa;
para que sea utopía basta que sea cuerpo
(Foucault, 2010)*

Hace más de diez años que comencé a indagar temáticas vinculadas a la salud y a poblaciones vulnerables desde la perspectiva antropológica. Desde el 2003 trabajé con agentes sanitarios en Jujuy y luego con comunidades del Chaco salteño y posteriormente con derechos sexuales y reproductivos en hospitales rurales de Jujuy. Finalmente en 2009 comencé a trabajar con vulnerabilidad y VIH/SIDA, en problemas de atención de la salud con personas homosexuales y trans, hasta 2010 en que definitivamente me focalicé en los profesionales de salud que trabajan con población trans en hospitales públicos.

Desde la disciplina antropológica las categorizaciones y las prácticas de ‘los otros’ en relación a sus identidades y sus sexualidades, han inquietado a muchos de ‘los clásicos’. Se destacan los análisis de Malinowski desde la teoría de las necesidades humanas, particularmente el prólogo de *La vida sexual de los salvajes del nordeste de Melanesia*

(1975); Levi-Strauss *Naturaleza y Cultura*, en *Las Estructuras Elementales del Parentesco* (1969); Evans-Pritchard, *Sexual Inversion among the Azande* (1970) y *Some Notes on Zande sex habits* (1973); Margaret Mead *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (1935) y *¿Macho o Hembra?* (1949) y Godelier (2000) *¿Qué es un acto sexual?* en *Cuerpo, parentesco y poder*, entre los más importantes.

Mi intención inicial era estudiar la lógica de las vinculaciones entre identidad, cuerpo y naturaleza/cultura, en relación a las sexualidades. Particularmente mi interés se centraba en los mecanismos, discursos y prácticas reguladoras desarrollados por la ciencia moderna occidental, es decir los de mi propia sociedad. Siendo coherente con la perspectiva antropológica y su tendencia a la desnaturalización y el distanciamiento del 'objeto' de estudio, mi propósito era diseñar un recorte alejado temporal, geográfica, o bien disciplinariamente.

En nuestra sociedad se ha relegado mayoritariamente en las llamadas ciencias de la vida el abordaje, la comprensión y la regulación del sexo y el género. Estas categorías, entendidas como relaciones sociales, resultan fundantes para el estudio de cualquier sociedad como un 'todo' y sus lógicas de funcionamiento, sea cual fuere el aspecto que pretenda describirse más precisamente. El enfoque histórico-antropológico no se limita a producir conocimiento respecto de cómo eran las cosas en un determinado tiempo y lugar, sino que consiste en trazar vínculos que permitan pensar en el control que cada sociedad hace de determinadas categorías que resultan centrales para su organización y en este sentido, en los vínculos que se tejen entre el saber y el poder. Los trabajos de Foucault han transformado de una vez y para siempre el abordaje de los estudios sobre sexualidad, particularmente a partir de sus aportes genealógicos y arqueológicos para pensar la historia y de sus aportes políticos para pensar el poder.

Paralelamente la relación naturaleza/cultura ha sido una cuestión fundante de nuestra disciplina. En ese sentido, comprender de qué manera y por qué algo es definido como perteneciente al orden de la naturaleza o al orden de la cultura es imprescindible para comprender y debatir en torno a la construcción de la relación entre sexo y género, a la vez que, para trascender esos dualismos conformados en la modernidad.

Durante el siglo XIX la medicina se consolida como la ciencia capaz de ‘traducir’ los designios de la naturaleza a través de métodos objetivos y racionales. Conocer cómo la medicina construye y concibe los ‘femenino’ y lo ‘masculino’, cómo la producción científica moderna articula las sexualidades y las identidades con los ‘datos objetivos’ relativos del ‘cuerpo natural’, la reproducción y las representaciones sociales en juego; habilita a comprender cómo determinados valores, saberes y discursos en torno a las sexualidades sustentan determinadas prácticas e intervenciones corporales. Todo ello en un contexto de crecientes tecnologías y de legitimación de la biomedicina como un campo de saber especializado y autorizado para la producción de conocimiento y la regulación de los cuerpos.

Así, las personas ‘transexuales’, como las describía la clínica médica, encarnaban la hibridez y se ubicaban en un terreno fronterizo entre las disciplinas. Las ciencias de la salud se focalizan en estos casos -tal como lo mencionan Money, Stoller y Garfinkel- con la intención de descubrir los “mecanismos universales” que producen o no, la masculinidad y la feminidad, las conductas sexuales y la identidad de género. La pregunta de fondo era ¿Qué es lo que nos hace hombres y mujeres? Entendidas éstas, como categorías duales, únicas, estables y excluyentes. Esa intensa búsqueda por la delimitación de las sexualidades y la construcción de clasificaciones taxonómicas llevaba a trazar las fronteras entre dos opciones posibles y a ubicar la normalidad y la patología, en torno a ellas; habilitando a la vez, las intervenciones corporales en los casos de ‘ambigüedad’ o ‘desviación’ de las conductas.

En los últimos años una serie de trabajos (Laqueur, Haraway, Fausto Sterling, Butler, Preciado, etc.) plantean una mirada desnaturalizadora de los procesos de sexuación que llevan adelante las ciencias de la vida. Sin duda ha sido Judith Butler, tomando como punto de partida a Foucault, quien ha popularizado una lectura constructivista de la identidad sexual introduciendo el concepto de *performance* y cuestionando los cuerpos “naturales”.

EL TRABAJO DE CAMPO

Nuestro trabajo de campo se desarrolló en cinco centros asistenciales pertenecientes al sistema público de salud, ubicados en la Provincia de Buenos Aires (Hospital A y B), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital C y D) y la provincia de Santa Fe (E). En los mismos, trabajan sendos equipos interdisciplinarios que se desempeñan en la atención de la salud de personas trans y en algunos casos son los centros de referencia en el país que realizan cirugías de reasignación de sexo. Los equipos están conformados por distintos especialistas: urólogos, ginecólogas, endocrinólogos/as, psiquiatras, sexólogos, psicólogas, cirujanos y enfermeras/ros. Realizamos más de veinte entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y funcionarios del Ministerio de Salud¹.

Mis incursiones en el campo se sucedieron en dos etapas, la primera entre los meses de octubre 2010 y mayo de 2012; la segunda y más extensa entre los meses de marzo de 2014 y abril de 2017. En este estudio contemplamos un abordaje relacional que incluyó las narrativas ‘situadas’ de los profesionales de la salud, el análisis de producción científica y las trayectorias de personas transexuales a lo largo de diferentes instancias clínicas e institucionales. De este modo, planteamos describir las distintas interacciones que tuvieron lugar en cada uno de los niveles, en que los procesos y las relaciones cotidianas, entraban en interacción con procesos institucionales y estructurales más amplios. El universo de análisis estuvo constituido por los servicios de atención pública, a los que recurren las personas transexuales, a la vez que abordamos dos programas y áreas del Ministerio de Salud de la Nación en que se proyectan políticas y acciones destinadas a garantizar el acceso a la atención de la salud y el cumplimiento de la Ley. Nos referimos particularmente al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSYPR) y a la Dirección de Sida y ETS.

El abordaje de una temática que podríamos caracterizar como ‘de actualidad’ generó diversas controversias en el ingreso institucional al campo y en el desarrollo de observaciones y entrevistas. En muchas oportunidades, los discursos tendieron a incluir y

¹ Ver detalle de entrevistas en cuadro anexo.

no desviarse de lo ‘políticamente correcto’ y pudimos identificar en las narrativas de los informantes las sutiles transformaciones que propiciaron en ellas, el debate público y mediático de los cuatro proyectos de Ley y la efectiva sanción de la Ley de Género.

La Ley 23.746 sobre el derecho a la Identidad de Género fue sancionada en el mes de mayo de 2012 y significó una victoria muy importante para el movimiento LGBTI². A partir de su implementación se modificó enormemente la situación civil y el acceso a la salud de las personas travestis, transexuales y transgénero³.

En el trabajo de campo combinamos dos técnicas de base: entrevistas en profundidad y observación participante, con el objetivo de complementar y contrastar la información obtenida en los diferentes contextos de interacción. Trabajamos con entrevistas reiteradas en profundidad, tanto a profesionales de la salud: urólogos, endocrinólogos, cirujanos, sexólogos, ginecólogos y psiquiatras que se desempeñan en la atención de la salud de personas transexuales; así como funcionarios públicos, que abordan la temática desde el ámbito político institucional. Las entrevistas en profundidad nos permitieron reconstruir experiencias profesionales y personales a la vez que indagar en torno a la construcción de categorías cognitivas, rutinas y procedimientos de intervención. Entendemos que en las entrevistas, la escucha, la pregunta y la respuesta constituyen un proceso constructivo, en un determinado escenario social y en un conjunto de interacciones incluyendo la presentación/definición de entrevistado y entrevistador. Attendimos no sólo a los contenidos, las formas, sino también a los aspectos performativos (como parte de la relación entre profesionales y antropóloga). Así en las entrevistas, textos, interacción, significados y sentidos se entremezclaron. Retomando la tradición del estudio de las narrativas biomédicas (Good, 1994; Garro y Mattingly, 2000; Kleinman, 1998), consideramos que los actos discursivos, conllevan una capacidad performativa, una

² A lo largo de esta tesis utilizamos las LGBTI para hacer referencia al colectivo compuesto por lesbianas, gays, bisexuales, trans (condensamos con esta expresión a travestis, transexuales y transgénero) e intesexuales.

³ La primera en usar el término ‘transgender’ para designar una actitud contestataria respecto de los estereotipos sexuales establecidos fue la militante Virginia Prince. Suele identificarse con el término *transgénero o trans* a aquellas personas que no están conformes con la categorización sexo/genérica que les fue asignada al momento del nacimiento, pero no plantean transformar sus identidades jurídicas, ni sus cuerpos con el fin de ‘adaptarlos’ al ideal dimórfico masculino/ femenino.

capacidad de creación y transformación del mundo social, al mismo tiempo que lo enuncian.

Las instancias de observación se centraron en las prácticas cotidianas de los profesionales que se desarrollan en los espacios de atención: salas de espera, consultorios y office de cirugía donde tienen lugar los ateneos y solían desarrollarse distintos intercambios entre integrantes de los equipos acerca de los ‘casos’. A la vez, hemos participado junto a varios de los profesionales entrevistados en algunos eventos científicos y reuniones sobre sexología, bioética y urología que tuvieron lugar durante el desarrollo de la investigación. Decidimos complementar y conjugar el trabajo de campo con el análisis de fuentes documentales como historias clínicas, informes, *Standards of Care*, Manuales y Guías de atención, y websites.

Además incluimos una instancia de análisis de un conjunto de producciones científicas, papers y capítulos de libros, acerca del tema en tanto constituye una de las vías privilegiadas a través de las que el conocimiento se difunde, se discute y se consolida. Desarrollamos el análisis de las narrativas disciplinares a partir de la selección de un corpus documental de más de cincuenta trabajo que abordamos como fuentes etnográficas. En ese sentido, nos propusimos identificar ciertos núcleos de tensión y debate que atraviesan las principales controversias en torno a la transexualidad; a partir de reconstruir los linajes teórico-conceptuales más importantes. De este modo promovemos diálogos e intertextos entre las narrativas disciplinares y sus contextos de producción.

Estudio de narrativas como vía de acceso para indagar los procesos sociales y políticos de construcción del malestar

La biomedicina y su accionar están inherentemente atravesados por la producción de narrativas (Good y Del Vecchio Good, 1993; Mattingly, 1998). Consideramos que se trata una acción social que debe analizarse considerando el contexto específico de interacción en que se produce, pero además en interpelación respecto de la estructura social –contemplando las relaciones de poder, el ordenamiento de las relaciones sociales y

el capital que se pone en juego-. En este sentido las narrativas médicas no sólo son una forma de ‘comunicar’, sino también una performance que subyace y atraviesa toda la acción clínica, yendo incluso más allá.

“El encuentro entre médico y paciente se inicia normalmente con un acto narrativo y narrar historias –aunque sean clínicas- constituye una “herramienta clínica” fundamental (Margulies, 2014, p. 22). Por un lado, a través de un proceso de “traducción” los profesionales recurren a lo que Kleinman (1995) llama la “transformación profesional de la experiencia”, es decir, la dinámica mediante la que los saberes médicos transforman la experiencia del paciente en un ‘caso clínico’. Así, la invitación a ‘descajanegrizar’ los procesos de producción de ‘datos’, ‘hechos’ y ‘casos’ en la clínica nos conduciría a poner el foco en ciertos procesos selectivos que les permiten a los profesionales dotar de sentido y significación las experiencias caóticas y coloquialmente narradas por los pacientes. Las historias de sufrimiento se presentan como realidades desordenadas que los médicos deben analizar y (de)codificar para convertirlas en inteligibles (Good, 1994). De este modo, el paciente es constituido en ‘un caso de’ a partir de los distintos saberes, evaluaciones clínicas y una serie de definiciones profesionales. “La mirada no es ya reductora sino fundadora del individuo en su calidad irreductible. Y por eso hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional. El objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras del objeto sean modificadas” (Foucault, 1978, p. 8).

Por otro lado, las narrativas no sólo funcionan como una forma de dialogar y contar historias, sino que constituye un modelo que estructura las interacciones, en tanto las argumentaciones terapéuticas son inseparables y constitutivas de los procesos curativos (Mattingly, 1998). Tal como expresa la autora en su etnografía sobre la práctica clínica de terapeutas ocupacionales: “El resultado, de este esfuerzo de creación de historias al que llamaré argumentaciones terapéuticas (*therapeutic emplotment*), es integral al poder curativo a esta práctica”. (Mattingly, 1998, p. 2 traducción propia).

En ciertos casos, por ejemplo, la enunciación de un diagnóstico provoca alivio, reduce la incertidumbre, la ansiedad en el sujeto y también en sus familiares y allegados. Provee un futuro promisorio, sobre la base de ciertos parámetros y significados

establecidos desde el propio modelo y lenguaje biomédico. Tal como aclara Menéndez (1979), el acto médico del diagnóstico no constituye sólo un dictamen técnico, sino que implica también sanciones morales, indicaciones sobre la vida a futuro del paciente o suposiciones respecto de la proximidad o no de su muerte. La medicina se conforma de este modo como un esquema simbólico a través del que la realidad se formula y organiza de una manera específica. Los discursos médicos, no consisten en signos que reflejan lo empíricamente dado (significando los elementos de los que hablan), sino de prácticas que sistemáticamente forman los objetos de los que hablan (Good, 2003).

En segundo lugar, los médicos desarrollan otras narrativas acerca de las enfermedades y su abordaje diagnóstico y terapéutico, en otros contextos institucionales y no institucionales -además del consultorio- como ateneos, sala de reuniones, clases, congresos y reuniones científicas, etc. En dichas situaciones aprenden también a representar correctamente por escrito a un paciente, para la construcción de la historia clínica, de la ficha de ronda médica o de un “caso” en un ateneo clínico. No se trata de una transcripción, es una práctica que modela la conversación tanto como la refleja, un medio de construir a una persona como un paciente, un documento y un proyecto. En este sentido, tal como afirma Foucault, “La clínica (...) debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad” (1978, p.15).

Los modos en que se construyen estos discursos están directamente relacionados con la posición del narrador y el aspecto en que hace foco la narrativa. En este sentido, en el trabajo de campo identificamos marcadas diferencias entre las narrativas que se dan entre médicos y pacientes, entre ‘colegas’ –considerados del mismo status- entre médicos y residentes o alumnos y entre médicos y antropóloga. Ello permite dar cuenta del modo en que las relaciones de poder y las posiciones sociales, atraviesan las prácticas narrativas. Por ejemplo, sólo los médicos de planta y con más antigüedad y jerarquía expresan ‘el punto de vista de todo el equipo’, ellos tienen total libertad para hablar de sus experiencias personales o introducir anécdotas y extenderse indefinidamente en el

relato; mientras que los médicos jóvenes y/o residentes se mantienen en silencio a menos que se les pregunte directamente o sólo hacen acotaciones.

En las entrevistas que les fui realizando a los ‘más experimentados’ no dudaron en asumir conmigo un rol docente, ubicándome en el papel de un aprendiz que ‘no sabe’ y debe aprehender las categorías y conceptos técnicos, así como comprender las dinámicas burocráticas, económicas y políticas que implica desempeñarse como médico en una institución hospitalaria pública. De ese modo, me explicaron pacientemente cuestiones vinculadas al funcionamiento del sistema endocrino del cuerpo, el papel de las hormonas en el desarrollo de la personalidad y los caracteres físicos- intentando, en vano, recuperar mis pobres conocimientos de anatomía- o cuestiones más técnicas relacionadas con las intervenciones quirúrgicas.

Apuestas metodológicas

Durante los años 2014 y 2015 realicé el posgrado de Especialización en Metodología de la Investigación Científica, dirigido por la Dra. Esther Díaz en la Universidad Nacional de Lanús. Este trayecto académico, a poco de finalizada mi tesis de Maestría y mientras realizaba el trabajo de campo del doctorado, fue decisivo a la hora de construir y combinar herramientas en la investigación. En el trabajo etnográfico que realizaba con los profesionales de la salud en los hospitales se presentaban a menudo posturas encontradas y diferentes hipótesis sobre ‘el origen de la transexualidad’. Muchas discusiones las presencié en vivo y en directo, en ateneos médicos donde se trabajaba con la presentación de ‘casos’, o en congresos y jornadas que reunían a profesionales y especialistas de diversas disciplinas y en los que yo sólo me dedicaba a ‘etnografiar’. Otras veces los debates se materializaban en mis registros de campo, donde después de entrevistar a un psiquiatra que me remitía a Freud -e incluso a mi propia infancia- me encontraba con un endocrinólogo que me hacía intrincados garabatos en una hojita para explicarme los procesos de impregnación cerebral de las hormonas en el feto. En muchos momentos de los relatos se hacían presentes ‘otras voces autorizadas’, “los grandes

maestros” y los “referentes ineludibles” en el tema. Incluso en las discusiones que estas ‘entidades’ tenían entre sí, se los ubicaba en el bando de los ‘ganadores’ o de los ‘perdedores’ de acuerdo a quién contara la historia en esta ‘guerra de posiciones’.

Todo ello me condujo a comenzar a indagar quiénes estaban detrás de esas ‘voces’, de qué disciplina provenían, qué habían dicho y con quién discutían. Entonces me sumergí en un torbellino de *papers* muchos en inglés, otros pocos en -mi pobre- francés y en -mi nulo- alemán. Por momentos me empantanaba, mientras seguía referencias cruzadas y la lista de referencias bibliográficas al final de los artículos me llevaba de a otros territorios cada vez más lejanos del objetivo inicial. Retomaba entonces el trabajo, a veces con arremetido ímpetu y avidez lectora, otras con total desconcierto sintiendo que había perdido el rumbo y preguntándome para qué estaba leyendo todo eso. Sin embargo, sabiendo que la investigación y la escritura son instancias plagadas de incertidumbres, creía que en algún momento habría luz entre tanta oscuridad y las ideas se ordenarían.

Sin tenerlo demasiado claro, comencé a fantasear con la posibilidad de combinar el trabajo de campo que venía realizando con los profesionales de la salud –entrevistas en profundidad y observación participante- con la revisión de textos académicos, con la intención de analizar las narrativas científicas que allí se materializaban. Es así como fui construyendo un abordaje relacional con dos ‘campos’ con los que trabajaba en paralelo, mis nativos ‘de ahora’ y sus ‘referentes’, o mis nativos ‘de antes’. En un intento más por sembrar la hibridez, en este caso metodológica, me propuse combinar ambas modalidades de trabajo –el etnográfico y el análisis bibliográfico- con la intención de poner ‘en diálogo’ ambos registros y realizar una reconstrucción de las principales controversias que atravesaban mi objeto de estudio. El carácter dialéctico-relacional de una investigación implica analizar ‘procesos’ que van más allá de los ‘casos’, contextualizarlos históricamente y relacionar las distintas dimensiones de una problemática. En este sentido, se vuelve ineludible evidenciar el carácter contradictorio y conflictivo de los procesos sociales; considerando las dinámicas que operan entre las prácticas sociales y las relaciones sociales (Achilli, 2005).

Siendo coherente con lo híbrido recurrí además, a combinar metodológicamente la etnografía, algunos elementos de la teoría del actor red, el mapeo de controversias y la revisión de producción científica. Prácticamente no encontré trabajos con ese tipo abordaje, por lo que casi todo estaba por hacerse –o escribirse-. Esta dinámica me permitió, por un lado, analizar el proceso de construcción de conocimiento, como una instancia conflictiva y plural de elaboración colectiva, “abrir la caja negra” favoreció la identificación de construcciones teóricas que luego pasan a ser percibidas como ‘hechos’ y ‘objetos naturales’. Por otro lado, el estudio de controversias, si bien se sirve del análisis de la producción de ‘hechos’ científicos, se focaliza en cartografiar las diferentes tradiciones, las mediaciones y estrategias de que se sirven cada uno de los actantes implicados, los intermediarios, dando cuenta además, de las dinámicas que favorecen los procesos de estabilización y clausura.

La técnica del mapeo de controversias nos permitió además, explorar y visualizar las dinámicas que rodean la experiencia transexual, desde el momento en que pasó a ser una experiencia medicalizada – en el siglo XX- y en tanto requirió un marco legal y una política pública para ‘hacer frente’ a los ‘casos’ por parte del Estado. Por otro lado, esta herramienta contribuyó al desarrollo de un abordaje etnográfico multisituado, dando cuenta de los diferentes actores, espacios y dinámicas a través de los que el conocimiento se co-produce y se disputa y negocian el uso de tecnologías.

La Teoría del Actor Red como herramienta de análisis

La Teoría del Actor Red fue propuesta por Latour, Callon y Law en los años ‘80, con la intención de ampliar y superar el marco analítico constructivista de los estudios CTS. Entre las fuentes de inspiración que le dieron origen podemos mencionar la etnometodología de Lynch y la Escuela de Edimburgo. El campo privilegiado de aplicación han sido los estudios de ciencia y tecnología, particularmente en el *Centre de Sociologie l’Innovation de l’École des Mines* de París.

La TAR (ANT son sus siglas en inglés) permite dar cuenta de los distintos actores-humanos y no humanos-, así como de las modalidades de alianza y formación de consenso, a través de las que logra imponer una perspectiva respecto de otras en una controversia. En la TAR es fundamental el concepto de agencia, entendida como la capacidad de actuar, en tanto visibiliza la conexión entre los elementos de la red dando preeminencia a las relaciones. Un actor es definido por Callon como “cualquier entidad capaz de asociar diversos elementos (...) y que define y construye (con más o menos éxito) un mundo poblado con otras entidades, les da una historia y una identidad, y califica las relaciones entre ellos” (2008, p.158). En este sentido, los actores humanos y no humanos organizan el espacio que los contiene a partir de vínculos y conexiones que constituyen la acción. Este concepto de actor, se distancia de la categoría de agencia de la sociología tradicional, ya que ningún actor está predefinido, sino más bien es un concepto que enfatiza las formas en que los actores les confieren agencia a otros y las relaciones que se tejen, estableciendo subjetividad o intencionalidad como procesos que emergen en las lógicas inherentes a las redes. Según este enfoque, los actores se definen unos a otros por medio de los intermediarios que ponen en circulación a través de sus interacciones ([1992], 2008, p.150). Cada intermediario describe y compone una red a la cual da sostén y la cual le confiere un orden. Por otro lado, Latour recuerda que el concepto de red no es abstracto-como el de estructura o sistema- sino que se refiere a algo concreto: la suma de una variedad de cosas, actores, inscripciones y escenarios posibles y cambiantes.

Otro elemento central en la TAR es la forma de generar poder a través del consenso que logra acumular una perspectiva respecto de una multiplicidad de interpretaciones, lo que permite identificar en el análisis instancias de estabilización e incluso clausura de una controversia. Callon define la “traducción” como el conjunto de operaciones (negociación, persuasión, intriga, hasta violencia) por las cuales un actor adquiere autoridad –o logra que le sea conferida- para hablar o actuar en representación de otro actor. Este proceso tiene lugar a través de intermediarios – que junto con los actores son los elementos constitutivos de las redes- dicho autor identifica distintos tipos

de intermediarios: textos, objetos técnicos, habilidades humanas y dinero (Callon [1992], 2008, p.150).

Asimismo, Latour (1992, p.72) define a la traducción como la interpretación que unos actores hacen de sus intereses y de los intereses de otros (actores, intermediarios o portavoces) que reclutan en su red. Los actores se fortalecen en la medida que ganan credibilidad como portavoces de personas, organizaciones, objetos y procesos y se debilitan cuando degenera su representatividad.

Hacia un mapeo de las controversias

Podríamos definir una controversia como un desacuerdo que persiste sobre el conocimiento científico, esto incluye tanto el contenido de los conocimientos, como las reclamaciones sobre hechos y teorías, e inclusive la metodología sobre cómo se lleva a cabo el proceso de investigación, la cual puede ser también cuestionada (Martin y Eveleen, citado en Jasanoff, 1995, p. 507). A pesar que el origen del estudio de controversias se centró en ámbitos científicos y en las posiciones de los expertos, de un tiempo a esta parte otros actores han comenzado a tomar parte en las discusiones y a sostener posturas propias, muchas veces utilizando argumentos que provienen del campo científico. Esto, sumando al creciente avance de los desarrollo en C&T en los diferentes campos, ha contribuido a un aumento –tanto en número, como en frecuencia- de las controversias públicas, con profundas implicancias sociales, políticas y económicas. A principio de los agitados años '70, se popularizaron las primeras controversias científicas encabezadas por ambientalistas nucleados en diferentes organizaciones y movimientos. Ya sea a causa de la explotación de recursos naturales, la construcción de grandes obras o la incorporación de ciertas tecnologías que atentan contra la salud o el ambiente, un grupo de actores no expertos comenzaron a cuestionar e interferir con sus acciones y discursos públicos en las decisiones de actores expertos, e incluso del Estado y las propias políticas públicas. La controversia se suscita debido a diferentes y opuestas perspectivas sobre un problema y el tema central de las disputas es la «libertad de elección». Sin

embargo hay una serie de elementos que se repiten en el dominio de las distintas controversias. Nelkin (1994) menciona el miedo al riesgo, las implicaciones morales y éticas de los desarrollos científico-tecnológicos, subyace siempre un haz tecnofóbico en la fantasía de que la ambición y las obsesiones por dominar la naturaleza pueden volverse en contra. Las fantasías prometéticas y el temor hacia los avances científicos, particularmente en el campo de la biotecnología, despierta fantasmas respecto de los cambios drásticos e irreversibles que pueden desencadenarse en la “naturaleza” humana a partir de las intervenciones genéticas.

Tal como mencionamos, la TAR es una operacionalización analítica que ha sido aplicada a diversos objetos y que permite dar cuenta de los procesos de interesamiento, traducción y cajanegrización que operan sobre estos. El *modus operandi* que permite reconstruir la TAR es la controversia⁴. En este trabajo definimos las “controversias” como todos y cada uno de los discursos de ciencia y tecnología que aún no están completamente estabilizados; sobre los que existe una cierta y manifiesta “incertidumbre compartida” (Venturini, 2010).

Tal como sugiere Latour, pensemos en cualquier problema social en que esté implicado algún aspecto de ciencia y tecnología y tendremos una controversia, así mismo, consideremos cualquier controversia social y tendremos un argumento del esquema de la Teoría del Actor-Red⁵. Las controversias despliegan lo social en su forma más dinámica, involucran toda clase de actores o actantes, humanos, no humanos, instituciones, elementos biológicos, artefactos técnicos y son la más clara demostración que las

⁴ El mapeo de controversias o la cartografía social de controversias es una herramienta didáctica, inicialmente diseñada por Bruno Latour, que ha devenido en un mega-proyecto colectivo de investigación y que se presenta instrumentalizado a través de la plataforma web MACOSPOL www.mappingcontroversies.net. En el proyecto colaborativo intervienen distintas universidades europeas -de Holanda, Suiza, Alemania, Francia, Inglaterra, Bélgica e Italia- se trabaja con más de una veintena de estudios de casos simultáneamente que van cambiando a lo largo de los años y las cohortes de estudiantes. A pesar de la reconocida trayectoria y la vigencia de las herramientas – se trabaja con software específicamente desarrollado para los proyectos, cienciometría y gráficos computarizados- esta modalidad de análisis es muy poco utilizada en Latinoamérica.

⁵ Si bien Bruno Latour no fue el primero en estudiar controversias ni el primero en reconocer su potencial en el estudio de la ciencia y de la técnica -heredó muchos de sus principios de los trabajos de las escuelas de Edimburgo y Bath (para una reseña de los estudios del STS sobre controversias vea Pinch, 2006)- fue pionero en ofrecer una sistematización completa.

fronteras estancas entre las diferentes “esferas de conocimiento” no pueden seguir sosteniéndose.

PERSPECTIVAS DE LAS QUE SE NUTRE ESTE TRABAJO

Antropología de la salud

Los aportes de la antropología en el campo de la salud permiten abordar un análisis de la base contextual y la tradición epistemológica que fue dando forma a la racionalidad biomédica (Menéndez, 1985; Gordon, 1988; Kirmayer, 1992; Luz, 1992; Good, 1994). En este sentido, se vuelve fructífero desandar las modalidades en que dicho saber opera en la definición de enfermedad y producción del diagnóstico (Foucault, 1963; Almeida Filho, 2000; Czeresnia, 2000); en las tensiones en torno a las dimensiones - biológicas y sociales- del cuerpo (Lock, 1993, 2001; Martin, 1987; Turner, 1995; Le Breton, 2000; Roca, 2004c, 2008a, 2010); y en la producción de dispositivos médicos de intervención y control estandarizados a partir de procesos de institucionalización (Armstrong, 1985; Frankenberg, 1992 y 1994; Young, 1993; Menéndez y Di Pardo, 1996; Margulies, 2006a y 2008; Recoder, 2011). A la vez que se promueve una articulación entre la profesión médica y sus instituciones en el conjunto de la dinámica social (Taussing, 1980; Farmer, 2001 y 2003; Fassin, 2004).

Los abordajes que incorporan a la perspectiva histórica, los procesos económicos y políticos, permitieron cuestionar los abordajes de la antropología médica acerca de los sistemas de salud “tradicionales” (Menéndez, 1985; Singer, 1990; Grimberg, 1997 y 2009a). Los mismos permitieron cuestionar la medicina occidental y el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1986 y 2003; Lock, 2001) como únicos marcos a través de los cuales es posible analizar otras modalidades de enfermar, curar y enfrentar los padecimientos (Good, 1994).

Dentro de la corriente crítica de la antropología de la salud, varios autores contribuyen a desandar la construcción social y las tramas de saber y poder que definen la “normalidad”. Particularmente recuperamos los trabajos de Parsons (1980) y Conrad

(1982), quienes introducirán una relación entre la construcción social de la enfermedad y la anormalidad (Benedict, 1931); caracterizando a la medicina como una institución social y al médico como un agente de control, e intervención técnico-social (B. Good, 1994; Grimberg, 1995). En estos análisis, la enfermedad se presenta como una ruptura o desviación que debe ser reencausada, y la tarea del médico se orienta a la restitución de la normalidad, ya sea eliminando la diferencia o superándola mediante el acto terapéutico (Friedson, 1978). De este modo, la medicina propone modelos controlados de conducta y la práctica médica asume una fuerte función normatizadora; que se fundamenta en lo biológico a nivel científico, justificando y ocultando las prácticas ideológicas (Conrad y Schneider, 1985). Normatizar implica inducir prácticas respecto de la salud y la enfermedad y concebir las relaciones con el propio cuerpo, a partir de fundamentos médicos (Lock, 1993)

La anormalidad siempre se presenta asociada a lo patológico (Canguilhem, 1970) ambos términos conllevan, generalmente, asociaciones éticas y morales vinculadas con la culpa, el castigo, la desviación de la norma, actúan legitimando prácticas excluyentes asociadas a la percepción de lo “a-normal” como portador de riesgo, que muchas veces es también “a-moral” (Foucault, 1979). De este modo el concepto de desviación es extendido de la persona enferma, a la persona potencialmente enferma, y desde la manifestación de la enfermedad, a lo que el saber médico considera conducta no saludable.

El proceso de medicalización (Conrad, 2007) como parte del avance del saber sobre los cuerpos y la vida, es parte de ese poder que tiene la biomedicina de definir qué es salud y qué es enfermedad -qué es normal/ anormal y en definitiva patológico- (Foucault, 1980) como mecanismo para extender su dominio. Los discursos expresan el saber, pero no en términos de ‘verdad’, sino en términos de positividad, cuando pronunciados regularmente, se presentan como -y construyen una materialidad (Foucault, 1969). Es este saber el que los profesionales operan para diferenciarse y manejar las representaciones y las prácticas de los conjuntos sociales (Friedson, 1978; Margulies, 1998).

El concepto de medicalización ha desplegado una potencia creativa que logró dar visibilidad prácticas, rutinas y performances (Mol, 1999; Chazan, 2007) que permanecían encubiertos por la autoevidencia del progreso tecnológico que muchas veces ha forzado a interpretar toda intervención por el “bien” del paciente (Koenig, 1988; Roca, 2006).

Paralelamente, distintos trabajos habilitan una distinción analítica entre illness, sickness y disease (Good, 1977; Kleinman, 1986; Young, 1980 y 1982), corriendo el eje de la biomedicina y su monopolio de categorizaciones. En la misma línea, otra serie de estudios incorpora la perspectiva de los actores respecto de la experiencia de enfermedad (Kleinman, 1988; Cortes, 1997; Alves. *et.al.*, 1999; Epele 2010; Recoder, 2011).

Estudios CTS

En nuestro trabajo reflexionar sobre las formas y las condiciones de la intermediación tecnológica en las experiencias vitales, implica aproximarse a una comprensión de los *artefactos* que abarque tanto sus dimensiones políticas, como económicas y simbólicas. A partir de fines del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, a las clásicas miradas de historia y filosofía de la ciencia se van sumando las de otras disciplinas sociales con nuevas perspectivas. Los aportes de Thomas Kuhn (1962) y Paul Feyerabend (1975, 1978) constituyeron un punto de inflexión, marcando un antes y un después. La concepción tradicional de la ciencia instrumental, desmantelada de intereses morales, económicos y políticos; que la presenta como neutra y autónoma se ha vuelto insostenible. Desde la Escuela de Frankfurt (Horkheimer, Adorno, Marcuse, Habermas, entre otros), las críticas al positivismo surgidas desde diversos ámbitos se hicieron cada vez más evidentes, abriendo la discusión acerca de los mecanismos de producción y validación del conocimiento en la dinámica de las relaciones entre tecnología y sociedad. Así asoma una nueva sociología de la ciencia, que pone en cuestión los postulados mertonianos (1966) y erige un “Programa Fuerte” del conocimiento de la mano de Bloor, Barnes y Shapin (1973) vinculando ‘formalmente’ al mundo académico el debate sobre la dinámica de las relaciones entre tecnología y sociedad. Los estudios sociales de la ciencia y

la tecnología, habitualmente nombrados bajo las siglas CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad) o SSTS en inglés (Social Science and Technology Studies) surgieron formalmente en el ámbito académico a finales de los años 70 en la Escuela de Edimburgo, con la intención de alejarse de los planteos externalistas.

El *Strong Program* propuso un abordaje imparcial respecto de la veracidad o falsedad de los argumentos o teorías, abordando simétricamente ‘errores’ y/o ‘creencias’ y centrándose en los procesos de legitimación de la ‘verdad’ y en los antecedentes o condicionantes sociales de la ciencia (Bloor, 1983). Además, el principal interés de dicho programa ha sido demostrar la mutua determinación entre el carácter social de la tecnología (Bijker, Hughes y Pinch 1987; Oppenheim, 2007) y el carácter tecnológico de la sociedad (Mackenzie y Wajcman, 1985). Muchos investigadores que adherían a estas corrientes empezaron a trabajar y publicar en colaboración, de allí surgieron los SSTS, identificando una serie de estudios que promueven la abolición de las viejas dicotomías - (tecnología/sociedad, ciencia/tecnología, ciencia pura/aplicada, internalismo/externalismo) y la comprensión del desarrollo de artefactos como un proceso social, una red sin costuras (*seamless web*). Se destacan diferentes líneas dentro de este programa de investigación como los trabajos de corte etnográfico (Collins & Pinch, 1982) cuyo universo son los laboratorios (Knorr Cetina, 1981; Latour & Woolgar, 1986; Traweek, 1988; Lynch, 1993, entre los pioneros); en términos de esquemas analíticos se destaca el concepto de *red* plasmado en la TAR – Teoría del Actor Red- y los estudios de controversias (Woolgar, 1991; Latour, 1993, 1999, 2004 y 2005; Callon, 1981, 1986; Law, 1992); así como la perspectiva de la tecnología como sistema sociotécnico (Hughes, 1987) y el concepto de *technological frames* (Pinch y Bijker, 1987; Bijker y Law, 1992).

Por otro lado, desde distintas perspectivas, -incluida la epistemología crítica feminista- se fusionaron aportes que ponen en primer plano las metáforas, genealogías, narrativas y clasificaciones (Stepan, 1985, 1986; Fox Keller, 1985; Martin, 1987, 1994; Roca, 2007a, 2008a; Rohden, 19989, 2008; Pratt, 1987) En este sentido, otra línea de trabajos propone una des naturalización de las modalidades en que se produce

conocimiento acerca del cuerpo, el género y la sexualidad (Harding, 1986; Laqueur, 1990; Haraway, 1991, 1997; Oudshoorn, 1994; Fausto Sterling, 2006).

Finalmente, los debates contemporáneos están reformulando críticamente la oposición naturaleza / cultura a partir de conceptos como: biosocialidad (Rabinow, 1992b) donde la naturaleza deviene artificial y tecnologizada para transformarse en un bien de consumo; las 'naturalezas-sociedades' (Latour, 1993) y los cyborgs/ híbridos/ monstruos (Haraway, 1991; Law, 1991) cuestionan la verdad natural del cuerpo y del sexo, dando lugar a una subjetividad mediada biotecnológicamente (Rose, 2003; Hausman, 1995). En este sentido los cuerpos transexuales se presentan como proyectos inacabados en una eterna re-construcción (Turner, 1995; Negrin, 2002; Balsamo, 1996). Recientemente, distintas organizaciones, profesionales y colectivos trans a lo largo del mundo se presentan como sujetos que reclaman con voz propia su derecho a denominar, categorizar, intervenir y co-gestionar los tratamientos (Jassanof, 2004; Mol, 2008; Callon y Rabeharisoa, 2003) cuestionando el punto de vista de los "expertos" (Jasanoff, 1998; Pérez Sedeño y Ortega, 2014) e interpelando a los estados en el diseño de políticas públicas.

HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA CIENCIA

Finalmente, para introducir las reflexiones y desarrollos de los que se nutre esta tesis nos proponemos analizar los principales cruces e intersecciones entre la Antropología y los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (CTS).

Recuperando algunos estudios de antropología clásica se puede acceder a una versión de la historia de los desarrollos técnicos, a partir de distintas sociedades etnográficas. Salvando los intentos evolucionistas – característicos de ciertas orientaciones teóricas- de construir escalas universales de "desarrollo" humano a partir de la técnica, uno de los mayores aportes de la antropología clásica a los estudios de la ciencia es el hecho de haber logrado describir e interpretar distintos sistemas de conocimientos nativos, aunque sea en términos de "creencias". Arturo Escobar sostiene

que “(...) cualquier tecnología representa una invención cultural, en el sentido en que produce un mundo; emerge de condiciones culturales particulares, y a su vez ayuda a crear otras nuevas” (1994, p. 221).

Desde mediados del siglo XX, la Antropología ejerció un rol activo en los debates sobre la ciencia y la tecnología, el concepto de raza y sus implicancias sociales y políticas, la discusión sobre el relativismo cultural, el modernismo y el posmodernismo, el medio ambiente y la relación con la naturaleza, la biotecnología y la globalización; siempre aportando su mirada crítica y reflexiva, más allá de las lentes occidentales. El llamado “giro antropológico” (Nelkin, 1995) junto al concepto de simetría (Latour, 1993) han logrado reposicionar a la antropología para analizar las propias dinámicas de producción de conocimiento y los desarrollos de las sociedades occidentales en el campo tecnocientífico.

Sara Franklin (1995) analiza una serie de vinculaciones que le permiten destejer los lazos entre el surgimiento de la antropología de la ciencia, como heredera de los estudios feministas, la crítica poscolonial de la antropología y los estudios culturalistas. Propone concebir la ciencia como una de las dimensiones de la cultura occidental, a la vez que recíprocamente, recupera la utilidad de la antropología para enriquecer el análisis de las culturas científicas.

La antropología es una disciplina que tiene las herramientas para comprender la ciencia como una forma de cultura (...) El hecho de haber relevado los sistemas de conocimiento nativos desde una perspectiva holística, les permitió a los antropólogos comprender la ciencia como una “forma de cultura”, o más bien como un sistema de creencias fundacional (Franklin, 1995, p.164).

Proponemos un análisis de algunas de las características y lineamientos que vienen dando forma al joven campo de la antropología de la ciencia, con la intención de dar cuenta de los procesos de producción, circulación y legitimación del conocimiento y los artefactos en el marco de una dinámica global/local:

La perspectiva holística

Los estudios tradicionales de la antropología se caracterizan por una perspectiva holística que se propone integrar las dimensiones materiales y simbólicas junto a la organización de las llamadas sociedades etnográficas. Para la antropología clásica, centrada en el estudio de las sociedades “primitivas”, la interrelación entre las diferentes esferas no era una novedad; tal como lo expresa la pretensión levistraussiana se trata de observar “la vida como un todo”. A través del término *holismo* (*hole: totalidad*) los antropólogos han tratado de referir la compleja red de significaciones culturales; en la que se manifiestan los sistemas de conocimiento y los sistemas tecnológicos nativos. Por ejemplo, en los estudios antropológicos sobre técnicas agrícolas en Mesoamérica era tan importante describir la estructura de los canales de riego y las especies de maíz seleccionadas para plantar, como las ceremonias en el momento de la siembra, los mitos que rodean el crecimiento de las semillas y su posterior transformación en alimentos, así como las proporciones de la cosecha que se dividían para consumo, almacenamiento y pago de tributos al Estado.

Esta mirada holística que caracterizó los estudios antropológicos clásicos, atenta contra los intentos de separación de las esferas “de la realidad”/“la naturaleza” y “del conocimiento”/“la sociedad”, propias de la modernidad. Marcel Mauss –describiendo el *Potlatch* en Norteamérica, el *Kula* en las Islas del Pacífico y el *Hau* en Nueva Zelanda– expuso una teoría general sobre el intercambio en su *Essai sur le don* (1923). En su trabajo se ve claramente cómo la esfera “económica” de los intercambios estaba atravesada y desdibujada por otras dimensiones como el honor, la magia, las fiestas y ceremonias; incluso el intercambio no se restringía a bienes materiales e incluso los objetos que circulaban estaban dotados de un alma – mana- que los confería atributos que exceden un análisis de valor material o utilitario. Los intercambios expresaban y contenían en sí mismos, toda la red de relaciones sociales. En el mismo sentido Latour (1993), afirma que las esferas no existen, que la red sin costuras de las naturalezas-culturas es todo, en definitiva, todo es a la vez “real”, social y narrado.

Los fenómenos y artefactos –todos- contienen la profundidad histórica del proceso que los conforma y la integridad de las relaciones que determinan su complejidad. Entonces, nada es meramente ‘técnico’ ni meramente ‘social’, la red evidencia la densidad de las dimensiones y relaciones que componen la trama de la experiencia humana. La elección de un artefacto o de una determinada tecnología contiene más aristas que costos y beneficios y conlleva, en ciertos casos, poderosos significados que movilizan, contradicen, superponen, condensan o encubren el espesor de estas redes. (Roca, 2011, p.87)

La división naturaleza/cultura

Los estudios etnográficos constituyen una oportunidad abierta para desnaturalizar, ciertos valores, normas y fenómenos que se presentan como “dados” y “universales”: la familia, la identidad sexual, la adolescencia, etc. Al mismo tiempo, la Antropología tiene mucho que aportar a la discusiones que se plantean a la luz de una profunda revisión de las categorías duales de la modernidad que ordenaron la producción de conocimiento: naturaleza/cultura, cuerpo/mente, vivo/muerto, varón/mujer, normal/patológico, etc. En este sentido, las recientes redefiniciones entorno a los límites de la vida -las nuevas tecnologías reproductivas, las intervenciones de transformación corporal de las personas trans, las disputas en torno a las propiedad y uso de fragmentos corporales entre otros fenómenos- ofrecen a la antropología un campo fértil plagado de desafíos que incluyen una transformación al interior de la propia disciplina antropológica. Dentro de esta línea de trabajo que plantea un abierto cuestionamiento a la “naturalización”, “el “esencialismo” y las lecturas biologicistas tradicionales, se destacan los aportes de la antropología crítica feminista como los de Meryl Strathern (1972; 1980; 1992a y b) y DonnaHaraway (1991; 1997), o los de Paul Rabinow (1992; 1996). Los conceptos de cyborg, híbridos y biosociabilidad habilitan una reescritura de la naturaleza desde la

cultura, revirtiendo el orden cultura/naturaleza en la que ésta última deviene reconstruida y replicada artificialmente.

Mientras ciertas perspectivas antropológicas críticas reflejan empecinados intentos por borrar las fronteras entre la naturaleza y la cultura, otras tradiciones disciplinares se empecinan por (re)trazarlas apretando el lápiz para que, aunque intenten borrarse, las líneas y trazos puedan recuperarse.

La permanente producción de replanteos académicos acerca del status de “lo natural” indica –en el sentido de un hecho cultural en sí mismo- que su aparente contingencia y vulnerabilidad comprende un cambio consecuente tanto en el conocimiento de la naturaleza, como en la naturaleza del conocimiento (Franklin, 1995, p. 178).

La ciencia como cultura

Desde la teoría de las dos culturas enunciada por Snow en los '60 la brecha y la desconfianza entre ciencia y cultura -o entre conocimiento y creencia- no ha hecho más que ampliarse. La llamada “guerra de las ciencias” que refleja una vieja disputa entre las vertientes “duras” y “blandas”, el conocimiento “puro” y “aplicado”, o el “objetivismo” y el “subjetivismo”, no es otra cosa que el enfrentamiento ya señalado por Geertz (1973) entre “una ciencia experimental en busca de leyes” y “una ciencia interpretativa en busca de significaciones”.

La posibilidad de analizar la ciencia occidental como “uno” de los sistemas de representación que ha construido la humanidad, la muestra como enculturada. Sería ella misma una etnociencia que tiene sus propias reglas de producción y legitimación del conocimiento, marcada por convenciones, valores y una serie de técnicas limitadas y limitantes. Traweek (1988) coincide con este planteo definiendo a la ciencia como una serie de estrategias locales de producción de sentidos, que son culturalmente negociables.

Los científicos como una tribu

Si nos permitimos pensar la ciencia como una forma de cultura, también se vuelve viable concebir a los científicos como una tribu. Un conjunto de individuos cuya formación profesional y su ocupación de subsistencia los ordenan en torno a cierto sistema regido por normas y valores, mecanismos de ingreso, integración y ascenso, un ordenamiento jerárquico y modalidades de producción.

De los trabajos pioneros acerca de las comunidades científicas se destacan las obras de Hangstrom, (1965), Crane, (1972) y Robert Merton (1968, 1977). Merton considera que el “ethos” de la ciencia es el comunismo (*sic*) “en el sentido específico de que las normas institucionales de la ciencia pueden hacer que sus productos sean parte del dominio público, compartidos por todos y poseídos por ninguno” (Merton 1968:534, traducción propia). Por otro lado, Bourdieu (1976), define el campo científico como un espacio de disputas por obtener el monopolio de la autoridad para hablar e intervenir legítimamente encarnadas por el *Homo academicus* (2008), su capital y su particular *habitus*.

Tal como señala Knorr Cetina (1996) en una crítica a la noción tradicional de comunidad científica, que la presenta regida por una competencia cuasi-económica e intereses individualistas, se trata más bien de relaciones transepistémicas que se tejen a partir de la distribución de recursos. Las conexiones trans-epistémicas de la investigación, tal como se muestran en el laboratorio, objetan nuestra tendencia a detenernos en la noción de comunidades de especialidad como los contextos relevantes de la organización social y cognitiva del trabajo científico (Knorr Cetina, 1996, p.160).

La etnografía de Latour y Woolgar (1986) muestra a los científicos, cual nativos, “haciendo ciencia” en los laboratorios. Sin embargo, lejos de lo que cualquiera de nosotros podría imaginar, manifiestan que una de las principales actividades que desarrollan es leer y escribir literatura científica. Para Latour y Woolgar, la construcción de un hecho científico es un proceso que consiste en generar textos cuyo destino depende de la interpretación posterior. El aparentemente lógico razonamiento científico, entonces, es parte en realidad de lo que Augé (1973) llama “prácticas de interpretación”, y comprende

negociaciones tácitas, locales, evaluaciones en constante cambio y gestos institucionalizados o inconscientes.

Por otro lado, la producción de discursos científicos también tiene un lenguaje propio- una jerga- y reglas formales de presentación. Autoras como Hesse (1966), Haraway (1985, 1989, 1991), Sthratern (1972, 1988, 1991, 1992), Martin (1987, 1990, 1991, 1994) y Fox Keller (1995) visibilizan las aspiraciones de la ciencia, por constituirse en el lenguaje “autorizado” que le permita funcionar como un “espejo de la naturaleza”. De este modo, ejemplifican el rol constitutivo de las metáforas, las analogías y las narrativas en las genealogías de los “hechos naturales”.

El laboratorio como la aldea. El método etnográfico

Otro de las significativas confluencias entre la antropología y el campo de los estudios sociales de la ciencia, es el recurso de la etnografía como herramienta metodológica. Esta perspectiva de observar a los científicos “haciendo ciencia” encuentra sus planteos iniciales en las propuestas de Bachelard y Cavaillés, al analizar el desarrollo histórico de las verdades en su propio proceso de producción, enfatizando las prácticas de los científicos y abordando la ciencia en su especificidad y su pluralidad, dando cuenta de su dinámica y normatividad interna. Basándose en el “hacer” científico, más que el saber, la propuesta se opone al empirismo evolucionista de corte positivista, que domina las primeras décadas del siglo XX.

Desde una mirada contemporánea y haciendo específicamente etnografía, quienes sin duda han ido más lejos son Latour y Woolgar (1986) en su trabajo, *La vida en el laboratorio*, desarrollan una verdadera alternativa metodológica a las propuestas de los historiadores y sociólogos de la ciencia. Sin embargo, tal como relata Pablo Kreimer(2005) esa no fue la única iniciativa, entre los años '70 y los años '80 se desarrollaron simultáneamente cuatro etnografías de laboratorio en California, EE.UU., que pueden considerarse como “pioneras”: Knorr Cetina (1981), Latour & Woolgar (1986), Traweek (1988) y Lynch (1993).

En todos los casos los laboratorios se presentan como nuevos objetos/locus de investigación que permiten apreciar cómo la ciencia “se hace” a partir de un estudio de prácticas concretas y situadas, en contraposición a la noción tradicional de ciencia como un producto acabado- “hecha”- y a estudios centrados en la comunidad científica (Merton, 1968; Bourdieu, 2000 *El campo científico y Los usos sociales de la ciencia*; Crane, 1972). En estas etnografías el laboratorio se presenta y describe como un lugar “ordinario” y “desacralizado” en el que trabajan los científicos, una especie de cocina o trastienda de la ciencia. Knorr Cetina muestra empíricamente que la distinción que pretende construirse entre aspectos sociales y cognitivos deviene artificial; y que una vez dentro del laboratorio, no es posible determinar que los aspectos “técnicos” del conocimiento que impregnan las prácticas, están desvinculados de los aspectos sociales: culturales, económicos, políticos, etc. De esto se desprenden dos planteos sumamente significativos, por un lado, la noción de conocimiento situado (Haraway, 1988) que permite transponer este recorte y localización que presentan los estudios de laboratorio a otros ámbitos y situaciones, resaltando una mirada centrada en lo micro que posibilita visibilizar ciertas dinámicas de difícil identificación en otros niveles de análisis más amplios. Por otro, una perspectiva que propone articulaciones más amplias sobre todo en términos local/global, permite ampliar el horizonte e incluir otras instancias y modalidades en que la ciencia “se produce”, “comunica”, “apropia” y a la vez se “resignifica”, y que claramente, exceden al espacio del laboratorio -lo que en algunos casos puede interpretarse como crítica a una mirada limitada y limitante del laboratorio, como el único y privilegiado espacio en que la ciencia se “produce” ciencia-.

Relativismo y simetría

Al analizar las modalidades de producción de conocimiento y las tecnologías de las sociedades no occidentales caratuladas como “primitivas”, los antropólogos han reflexionado respecto de las posibilidades de comparar (o no) la cultura científica moderna con las llamadas “etnociencias”. Los resultados son interesantes, aunque en un

primer momento las comparaciones arrojaron un resultado parcializado en el que las etnociencias se llevaron la peor parte, por no cumplir con los estándares científicos occidentales de “racionalidad”, “neutralidad”, “experimentación” u “objetividad”.

La mirada de la antropología clásica exploraba los universos simbólicos de los salvajes, las etnografías abundaban en descripciones minuciosas de “creencias absurdas” -tratadas con el respeto paternal de la etiqueta etnográfica- en donde los salvajes nos ofrecían una didáctica oportunidad para asomarnos a otras cosmologías (Roca, 2011, p.12).

En este intento por delimitar un conocimiento que cumpliría con el status de “científico”, respecto de otros saberes caratulados como subjetivos, “etno”, legos o populares; se inicia una empresa -improductiva desde el comienzo- por hallar la naturaleza de la naturaleza y la verdad de la verdad. Todos aquellos saberes que no cumplen con los requisitos hegemónicos de cientificidad, objetividad y neutralidad quedan apartados del análisis y en muchos casos sólo han sido considerados desde la antropología en términos de exotismo, folklore, magia “primitiva”, o simplemente creencias erróneas.

Tenemos que decir, respecto a este propósito, que desde nuestro punto de vista, los nativos están equivocados, pues los ritos no hacen en realidad lo que ellos creen que hacen (...) la ceremonia de la lluvia en realidad no hace que llueva. En tanto que los ritos son representados con un propósito, son inútiles, basados en creencias erróneas. No creo que haya ningún valor científico en intentar conjeturar los procesos de la razón que pueden haber conducido a tales errores (Radcliffe Brown, 1952).

La diversidad cultural, de valores y creencias es tomada en cuenta a un nivel representacional, pero el reconocimiento de verdaderas diferencias ontológicas está ausente. Por suerte para los antropólogos positivistas, la lluvia era sólo un fenómeno

meteorológico. Tal como reflexiona Renzo Taddei (2014), para analizar el caso de las relaciones entre ciencia y atmósfera, la meteorología y la física suelen tomarse como fundamento ontológico para recién desde allí, analizar “otras prácticas y creencias”. “Las ‘relaciones causales’ son fundamentalmente las definidas por la física (...) y los antropólogos pueden corroborar las observaciones y las percepciones de los pueblos que estudian tomando como base las evidencias extraídas de la física” (Fiskeet.al., 2014, p.62 citado en Tadei 2014).

Aunque los discursos abundan en respeto por la diversidad y recomendaciones acerca de las miradas etnocentristas, desde el punto de vista ontológico, prevalece la perspectiva caracterizada como “experta”.

Se encaja mejor la multiplicidad, cuando uno puede descansar secretamente en una unificación previa. Se registran, por ejemplo, con mayor ecuanimidad las múltiples maneras de repensar el parto, por cuanto se sabe que se puede encontrar en la fisiología, una, y una sola definición, de la manera biológica de tener hijos (Latour, 2005, p.3).

En un intento por correr a la etnografía de un espacio que tiene como finalidad la “puesta a prueba” de las cosmologías de los “Otros”, Taddei (2014) la posiciona como una herramienta que le permite poner “en relación” a los sujetos y los objetos, lo humano y lo no-humano, lo material y lo espiritual, lo vivo y lo muerto, la naturaleza y la cultura. Si trocamos una mirada “desde arriba”, que se ubica “más allá de”, por otra que se vuelva más simétrica (Latour 1993), el poder de la ciencia para desarmar, explicar y juzgar los saberes de los “Otros” se vuelve sobre sí misma y es su propia construcción de la realidad la que resulta desarticulada.

Hermenéutica de las prácticas científicas y crítica poscolonial

La concepción de la ciencia y la tecnología como instancias avalorativas, objetivas y apolíticas ha favorecido y provisto el anclaje a dos grandes mitos de la cultura occidental: la tecnofobia y la tecnofilia. Éste último constituye la superstición fundante de la modernidad que alienta- en coincidencia con el positivismo- las imágenes de una ciencia y una tecnología como redentoras; sosteniendo la convicción de que siempre podrán “descubrir” y “aportar” las soluciones a cualquier problema que se presente, en un constante avance hacia el “progreso” y el mejoramiento de las condiciones de vida de la humanidad. Los antropólogos, durante la fase clásica se arrogaron privilegios similares: producción de conocimiento puro, desinteresado, sin aplicaciones, neutro y paternalista. A la vez que desarrollaron su propio programa “objetivista” que prescribió las normas de la narración clásica (evitar el uso de la primera persona, distanciamiento, estilo despersonalizado, uso del presente, descripción de eventos como rutinas programadas, repetitivos, estereotipos, literalidad, solemnidad, etc.) para capturar la *verdad literal* de los salvajes, sin interferencias (Roca 2011, p.87).

Tanto los cuestionamientos por los límites éticos y políticos de las intervenciones, como las preguntas por los destinatarios, los “efectos” y las consecuencias del conocimiento que se produce, son temas que han inquietado a los investigadores SSTS en los últimos años. Desde la publicitada controversia en torno al Proyecto Manhattan y a partir de la Escuela de Frankfurt en adelante la concepción de la ciencia y la tecnología como instancias neutrales, objetivas y apolíticas devino obsoleta e insostenible. Actualmente un sin número de intervenciones biotecnológicas que podríamos tildar de “controversiales” –como la utilización de OGM, la criopreservación de embriones, la células madre, la clonación animal, entre otras- nos invitan casi inevitablemente a reflexionar en torno a los complejos mecanismos de control y las formas de poder que operan en la tecnología, evidenciando las dimensiones morales y políticas de las dinámicas y rutinas científicas. Reflexión que, sin más, podríamos extender a la racionalidad científico-tecnológica en general y a los procesos de cambio tecnológico que vienen aconteciendo. Esas preguntas podrían traducirse más sencillamente en por qué, para qué y para quiénes producir conocimiento en ciencia y tecnología. En este sentido, la

antropología ya tiene antecedentes y puede aportar a la reflexión en tanto, como disciplina científica, se ha formulado a sí misma esos interrogantes dando lugar a la llamada crítica poscolonial. Desde la segunda posguerra y los procesos de descolonización que le siguieron, los antropólogos fueron protagonistas de encendidas discusiones respecto de la complicidad que tuvo la disciplina con los administradores y el aval – muchas veces explícito y otras tantas implícito- al propio sistema colonial, particularmente en la reducción de muchos pueblos sojuzgados y en definitiva de su propio “objeto de estudio”. La llamada crítica poscolonial a la disciplina incluyó una revisión de los objetos, para pensarlos como sujetos activos y participantes de la investigación y en parte, propietarios del conocimiento producido. En este sentido, las investigaciones y las decisiones en torno a los “resultados” se propone incluir las voces y los intereses de los ‘sujetos’, en tanto actores históricos, políticos, plenos de conciencia, capacidad de acción y autodeterminación.

Este movimiento disciplinar hacia una mirada reflexiva y crítica, es comparable con el que han transitado algunos trabajos desde la perspectiva constructivista de los llamados CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad). Desde una ciencia concebida como neutral, avalorativa y netamente instrumental, hasta las reflexiones que permiten pensarla como un producto socialmente construido, en el que desaparecen las fronteras entre tecnología y sociedad, se ha trazado un largo y sinuoso recorrido. Dicha distancia ha contribuido a entender la ciencia y la tecnología como dispositivos de poder, que instituyen prácticas productoras de verdades y certezas.

Antropobiociencias. La vida como campo de regulación

Como ya mencionamos a partir del surgimiento de la antropología de la ciencia o de la antropología a partir de la ciencia en los años ‘90, se inicia una línea de trabajo que propone concebir la ciencia como una de las dimensiones de la cultura occidental. Nuestra tesis se encuadra dentro de dicha línea, particularmente en un área que hemos dado en llamar Antropobiociencias. El equipo de investigación de Antropología y Biociencias actualmente lleva adelante el proyecto UBACYT: “Tecnología, identidad y política: de la

investigación tecnológica en los cuerpos a las políticas públicas en Ciencia y Tecnología. Sujetos, instituciones y saberes” en el seno del Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Esta perspectiva propone un abordaje de ciertos debates que han inaugurado la aplicación y desarrollos tecnológicos en el campo de las ciencias de la vida – biología, genética y medicina-, como es el caso de las técnicas de fertilización in vitro, la criopreservación de óvulos, semen y embriones, las células madres, la clonación de seres vivos, los organismos genéticamente modificados (OGM), los trasplantes y la producción artificial de órganos, los implantes, las cirugías y otras tecnologías de transformación corporal. En estos casos la tecnología opera tensionando y desdibujando las fronteras entre los dualismos clásicos de la bio-episteme moderna: mente/cuerpo, masculino/femenino, vivo/muerto, normal/ anormal naturaleza/cultura, redefiniendo a la vez las nociones de persona, identidad, raza, cuerpo, género, parentesco, procreación, información, etc.

Partimos de un análisis de las formas de problematización del concepto de vida, de las nociones de ciencia y de saber, así como de sus relaciones de poder, en lo que respecta a la producción de conocimiento científico, las tecnologías, los dispositivos y artefactos. A partir de identificar los conceptos de vida y de ciencia en relación tanto a la fabricación del “hecho” de la vida, como a la posibilidad de producir conocimiento “sobre la vida”; nos proponemos visibilizar las posibilidades que ofrecen las ciencias de la salud, la biología y la genética de intervenir el cuerpo, diseñar los seres vivos y (re)combinar vivos y muertos, o especies que inicialmente se ubican separadas.

Tal como afirma Foucault (1997), si el concepto de vida y los saberes de la historia natural fueron condición para la aparición de la ciencia biológica; podemos decir que la biología y la medicina del siglo XX -con las posibilidades que habilitan las tecnologías- han funcionado como condición para operar una desnaturalización de la vida, el cuerpo y propia naturaleza. Los dualismos clásicos que tan claramente había delimitado la modernidad vuelven a desdibujarse sobre la indistinción fundante naturaleza/artificio.

En este sentido, la Antropobiociencia nos guía en una reflexión desde la diversidad de saberes en torno a lo viviente y las distintas modalidades de producción de

conocimiento acerca de “lo vivo”, hasta la conformación de la vida como un campo de regulación científico. O en todo caso, tomando como inaugural esta instancia de la modernidad en que efectivamente se conforman las “ciencias de la vida”, se vuelve posible transitar sus modos de producción de conocimiento y dinámicas de legitimación, sus concepciones de verdad, sus desarrollos y sus aplicaciones. Todo ello sin desconocer las relaciones de poder que atraviesan dichas instancias, particularmente desde el momento que el discurso de las ciencias de la vida se ha tornado hegemónico y ha sido una de las herramientas fundamentales de gobierno de la vida para los estados modernos.

NUDOS PROBLEMÁTICOS

Algunas de los principales nudos problemáticos de este trabajo se ubican en continuidad con la relación planteada por Foucault (1977,1983, 1990) entre *sexo* y *verdad*. A la vez que se propone un abordaje constructivista de lo trans como una experiencia moderna, que ha devenido medicalizada y mediada por las tecnologías. Planteamos que fue la mirada moderna del cuerpo, así como la aparición de la categoría de género, como algo distinto del sexo biológico; las que habilitaron una mirada médica de la experiencia transexual, así como su diferenciación de otras sexualidades consideradas ‘disidentes’. En este trabajo, afirmamos que la producción del ‘hecho’ de la transexualidad apela a las ‘certezas’ de la diagnosis, construyendo ‘pruebas’ y distanciándose de una intervención basada en criterios subjetivos, o surgidos del deseo de ‘lxs pacientes’. Estos cuerpos se presentan como ‘espacios liminares’ en los que se dirimen las fronteras entre naturaleza / cultura, innato / adquirido, cuerpo / mente, sexo / género, masculino / femenino. Reflexionamos además, acerca de las posibilidades de intervenciones técnico-científicas y sus límites en los cuerpos. Analizando las rutinas y prácticas que promueven una ‘reescritura’ o ‘corrección’ de la naturaleza, reformulando a la vez, las nociones de cuerpo, identidad, género y sexo. En este sentido sostenemos que dan lugar a nuevas subjetividades mediadas biotecnológicamente, nuevas formas de ser y estar en el mundo.

En este trabajo nos proponemos explorar las relaciones entre ciencia, tecnología, identidad y derechos, a partir de un enfoque relacional que identifique sus dimensiones políticas, históricas y contextuales; desde las micropolíticas de la intervención tecnológica en los cuerpos, hasta el entramado de procesos de formulación e implementación de políticas públicas con enfoque inclusivo que están surgiendo en nuestro país.

Otro de los nudos que atraviesa esta tesis tiene que ver con una propuesta de análisis de un conjunto de producciones académicas y su vinculación con ciertas trayectorias y linajes intelectuales que han dado forma a modalidades de producción de conocimiento y a un conjunto de narrativas científicas respecto de la transexualidad (su etiología, diagnóstico y abordaje terapéutico).

Finalmente, nos propusimos trazar una cartografía de las principales controversias y actores en torno a la medicalización de la experiencia trans, identificando colectivos cognoscentes no expertos que disputan y negocian categorizaciones, diagnósticos e intervenciones terapéuticas –tanto farmacológicas como quirúrgicas-, a la vez que ponen en circulación otros saberes acerca de dicha experiencia.

BREVE MAPA-RECORRIDO

En el primer capítulo *Procesos de producción de conocimiento. Trayectorias conceptuales en torno a las sexualidades* abordamos un análisis genealógico de las trayectorias globales en biociencias. Partiendo de analizar cómo se fue conformando “la vida” como objeto de indagación científico, recorreremos el paso de la historia natural a la biología, como ciencia moderna a través de los vínculos que se tejen con el lenguaje. En este sentido cobra importancia, lo que identificamos como epistemología de la representación, en que ‘la verdad’ deviene en un producto de un particular régimen de producción. En este marco, la distinción entre ‘lo normal’ y ‘lo patológico’ permite evidenciar los vínculos entre la nascente medicina y la racionalidad científica. En este sentido, en el proceso diagnóstico el cuerpo ‘se abre’ y ‘revela’ su condición a los médicos; que ‘traducen’ signos y experiencias en síntomas para materializar ‘entidades nosológicas’. Una reconstrucción por la trayectoria de las diferentes categorizaciones que

fueron describiendo las sexualidades no normativas, nos permitió mostrar cómo el secreto del ‘sexo verdadero’ se escondía cada vez más en los confines del organismo. La operación de fragmentación del sexo a partir de diferentes marcadores orgánicos, junto a la posterior introducción del concepto de género permitió construir ‘certezas’ en torno a un ordenamiento dual y heteronormativo, reforzando una vez más los vínculos entre naturaleza y verdad.

Iniciamos el segundo capítulo *Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad. Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades*, con un breve comentario respecto de las herramientas metodológicas que utilizaremos para presentar algunas de las principales controversias en torno a la experiencia trans a lo largo de la tesis. En este sentido, proponemos combinar la Teoría del Actor Red, la cartografía de controversias y el análisis de una selección de producciones bibliográficas. Seguidamente, caracterizamos dos grandes linajes intelectuales que presentan características disciplinares, “estilos de razonamiento” y modalidades de producción de conocimiento diferenciadas. A la vez, que sostienen posturas encontradas en torno a la etiología de la transexualidad: los planteos ambientalistas (provenientes del campo *psi*) y los planteos innatistas (provenientes de las biociencias). Ambos trayectorias dan forma a modalidades particulares de abordaje e intervención de la experiencia trans y sus producciones teóricas sirven como argumentos recurrentes a los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales, al mismo tiempo que alimentan los debates y diseños de políticas institucionales. Finalmente, introducimos una tercera trayectoria intelectual, la Teoría Queer y particularmente los llamados *Transgender Studies*. Esta postura desplaza el foco de la controversia, en tanto traslada la experiencia trans del campo patológico al campo del deseo y la elección, a la vez que invierte el eje del individuo a la estructura social. En este sentido, nos proponemos dar cuenta de la interrelación entre la ciencia y la sociedad, sin dejar de concebir el territorio científico como particular; evidenciamos, cómo los consensos científicos se construyen, disputan y mantienen por parte de diversos actores, no necesaria ni exclusivamente científicos.

En el tercer capítulo, *La experiencia trans y el dispositivo de salud en Argentina*, mostramos cómo opera la racionalidad y la construcción de categorías biomédicas en el campo empírico. A la vez, evidenciamos cómo se materializan las controversias planteadas en el capítulo II en las narrativas de los profesionales, tanto en lo que respecta a la etiología del malestar, como a las intervenciones terapéuticas. Por otro lado, identificamos una serie de momentos claves en la conformación del dispositivo en nuestro país, que han dado forma a las rutinas institucionales. La efectiva sanción de la Ley de Identidad de Género, introdujo diferentes dinámicas y pasos a seguir en los hospitales, así como una serie de debates en torno a la despatologización de la experiencia trans en el ámbito sanitario. En este sentido, muchos de los aquellos aspectos de la medicalización y de las tecnologías de intervención corporal que en los primeros años de la atención se presentaban dudosos, resultaron parcialmente estabilizados y estandarizados. Finalmente, el análisis de las narrativas médicas nos ha permitido identificar una serie de representaciones y principios ideológicos que sustentan las clasificaciones y caracterizaciones que construyen los profesionales acerca de las personas trans.

Comenzamos el cuarto capítulo de esta tesis, *Intervenciones corporales. Entre la normalización y la perfectibilidad*, con la distinción de dos modelos de intervención corporal mediados por la tecnología: el paradigma protésico y el paradigma molecular. En este sentido, planteamos las posibilidades que habilitan dichos paradigmas en relación a la relación normalidad/anormalidad y respecto de la noción de perfectibilidad o *enhancement*. Seguidamente, trasladamos el análisis de las intervenciones corporales al campo empírico en los hospitales, e identificamos distintas dimensiones en las que éstas se abordan y concretan como instancias de disrupción/continuidad entre la identidad y el cuerpo. A la vez planteamos que dichas intervenciones pueden orientarse tanto a la reproducción de los dualismos y la heteronormatividad, como a subvertirlos. En este sentido recuperamos los conceptos de cyborg (Haraway, 1995) e híbrido (Latour, 2007) para evidenciar las rupturas de los dualismos clásicos: natural/artificial, femenino/masculino.

Finalmente en el quinto y último capítulo, *Entre el sentido político y cognitivo de las controversias*, recuperamos una serie de núcleos que han favorecido la estabilización de algunas de las controversias trabajadas en torno a la experiencia trans a través de poner en diálogo la dimensión global y local. Organizamos dichos núcleos en torno a tres ejes: aquellos aspectos vinculados con las categorizaciones diagnósticas (particularmente analizamos las sucesivas transformaciones en las distintas versiones del DSM y del ICD), aquellas cuestiones vinculadas con el campo de los derechos (focalizando en el proceso previo de discusión y efectiva sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012) y en último lugar, consideramos los aspectos vinculados con las políticas públicas en nuestro país (haciendo referencia a diversas estrategias que viabilizan el acceso a la atención en hospitales públicos para las personas trans). Para concluir abordamos las dimensiones de poder en dichos procesos de estabilización, particularmente en lo que refiere a la agencia y a las disputas, por parte de colectivos cognoscentes, de los espacios de producción de conocimiento y gestión del ‘tratamiento’.

En lo que respecta al uso de las categorías a lo largo de esta tesis utilizamos el término trans, para referirnos a personas que concurren a los espacios de atención más allá de las distinciones al interior de ese grupo (travestis, transexuales, transgénero, etc.) Consideramos que esa expresión es más abarcativa y se diferencia del lenguaje y las categorizaciones biomédicas; aunque no pretendemos construir una definición acabada, ni abordar las subjetividades y los deseos de la totalidad del colectivo. Sólo haremos uso de los términos transexualidad, transexualismo, disforia de género o personas transexuales cuando se trata, justamente, de los discursos de los profesionales de la salud -que dan forma a estas entidades nosológicas-, a las modalidades diagnósticas o al dispositivo médico.

En lo referente al estilo, en este trabajo señalamos con comillas inglesas (“), aquellas citas textuales de la bibliografía y entrevistas; con comillas simples (‘) aquellos términos que utilizan nuestros nativos y que nosotros reproducimos, o aquellas palabras que connotan para nosotros un significado controvertido o ambiguo, más profundo que el que se les atribuye en el lenguaje corriente. Cuando utilizamos versalitas en párrafo

aparte nos referimos a citas textuales del trabajo de campo, o de fallos judiciales analizados como fuentes etnográficas y cuando utilizamos letra cursiva en párrafo aparte, señalamos extractos de los registros de campo. Finalmente todas las traducciones, en los casos que no se aclara, son de nuestra autoría, así como los fragmentos de texto resaltado que figuran subrayados. Todos los nombres de los profesionales y trabajadores de la salud que hemos entrevistado para este trabajo han sido reemplazados, para proteger sus identidades.

CAPÍTULO I

52

Procesos de producción de conocimiento. Trayectorias conceptuales en torno a las sexualidades

Iniciamos este primer capítulo con una reconstrucción del estado del arte acerca de los estudios sobre transexualidad con la intención de visibilizar los distintos y disimiles campos de saber que confluyen en el abordaje de la temática. A la vez, a partir de un análisis bibliográfico minucioso, concluimos que los trabajos más reconocidos que se han propuesto construir un estado del arte recortan ciertas miradas disciplinarias, omiten otras, y/o excluyen trabajos provenientes de ciertas áreas geográficas, en particular la producción de países latinoamericanos está prácticamente invisibilizada. En este sentido, nuestra presentación de lo que se ha escrito sobre el tema pretende salvar esas omisiones y abarcar la mayor cantidad de perspectivas, tanto en términos disciplinares como respecto de latitudes geográficas, a través de un prisma crítico.

En un segundo momento, analizamos la racionalidad y las principales asunciones ontológicas sobre las que se erige la ciencia biomédica dando cuenta de la metodología que propone una delimitación de la anatomía y una interpretación de la dinámica vital; a la vez que un sistema para establecer diagnósticos y una serie de modalidades de

intervención terapéutica; todo ello encuadrado en cierta doctrina del ejercicio y la práctica médica.

A partir de la propuesta de Woolgar (1991), al “abrir la caja negra” visibilizamos los procesos de producción médico-científica de cuerpos ‘adecuadamente’ sexuados y evidenciamos los ‘parámetros’ a través de los que se construye esa normalidad. Además, reconstruimos las taxonomías elaboradas en torno a las sexualidades ‘anormales’ y discutimos las consecuencias de la introducción del concepto de género como una ‘realidad’ que excede el plano biológico.

Seguidamente, abordamos la construcción de la transexualidad como un hecho científico, a través de un breve recorrido por el proceso de medicalización de la experiencia y las diferentes modalidades de tratamiento propuestas. A la vez que intentamos desandar las dinámicas de producción de objetos cognitivos en biomedicina, evidenciando la constitución de la experiencia transexual como una entidad nosológica diferenciada.

En la última parte de este capítulo recuperamos una reflexión acerca de las vinculaciones entre sexo y verdad y el modo en que dicho saberes se conforman como parte de la accionar de la biopolítica en los cuerpos y en la sexualidad.

ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS TRANS

No ha sido fácil realizar una revisión bibliográfica acerca de los trabajos que analizan la transexualidad, en tanto es una temática que ha sido abordada por disciplinas tan dispares como el derecho, las ciencias de la salud o la historia. Si bien algunos intentos anteriores por realizar un estado de la cuestión sobre el tema nos han sido muy útiles (Denny, 1994; Meyerowitz, 2004; Soley-Beltran, 2009; Maksoud, Passos y Pegoraro, 2014) y han servido como base para este capítulo, nos hemos propuesto trascender algunas de las limitaciones que, a nuestro entender, presentan dichos trabajos. La discusión bibliográfica que construimos es ambiciosa tanto respecto de la cantidad de trabajos incluidos –más de doscientos escritos entre artículos científicos, capítulos y libros

completos- como de la variedad de abordajes y miradas disciplinarias que pretendemos abarcar. A la vez, hemos procurado incluir los resultados de investigaciones recientes en países latinoamericanos que habitualmente resultan desconocidos por revisiones bibliográficas de origen europeo o estadounidense.

El primer dilema con que nos topamos al comenzar a delinear un estado del arte fue el amplio volumen de bibliografía que se ha producido sobre el tema; por otro lado, ha sido un escollo difícil de salvar la diversidad de categorizaciones y situaciones que se aproximan a esta experiencia, dificultando la posibilidad de trazar una delimitación precisa: transexualismo, cambio de sexo/género, tercer sexo, transexualidad, transgénero, reasignación de sexo, intercambio de roles de género, disforia de género, personas trans, entre otros. En este sentido, intentamos un abordaje lo suficientemente amplio como para dar cuenta de las diferentes perspectivas de análisis y las categorías a las que recurren.

Identificamos un primer conjunto de estudios de corte etnográfico que describen los roles, cambios y tránsitos de género en diferentes culturas (Amadiume, 1987; Bolin, 1997; Herdt, 1993; Martín Cáseres, 2006; Nieto, 1998; Poasa, 1998; Williams, 1986). La mayoría de estos trabajos presentan una visión ahistórica y ubican la experiencia transexual como un fenómeno que ha estado presente “desde siempre” en todas las sociedades, dificultando una lectura desnaturalizadora y crítica del abordaje patologizante y las categorías biomédicas propias de la cultura occidental moderna (Bento, 2008; Nanda, 1990).

Desde el campo de las ciencias sociales, se han trazado cronologías del fenómeno transexual a partir de su especificidad histórica y en el marco de la medicalización de la sexualidad en el siglo XIX (Ackroyd, 1979; Bento, 2010; Bullough, 1975 y 1976; Bullough, V. y Bullough, B., 1993; Castel, 2001; Gastó-Ferrer, 2006; Goiar, Sannier y Toulet, 2008; Green, 1969; Meyerowitz, 2002). En esta línea de análisis, varios estudios históricos se centran en la biografía de figuras y distintos personajes que “cambiaron” su rol de género en el devenir y la paulatina conformación del dispositivo de la sexualidad (Bullough, 1998; Friedli, 1999; Foucault, 1985; Laqueur, 2001).

Ya atravesada la primera mitad del siglo XX, se publicaron varias biografías – muchas de ellas en primera persona- que relatan la experiencia transexual a partir de la conformación de una subjetividad y en relación a una serie de intervenciones corporales (Cowell, 1954; Green, 2004; Jorgensen, 1967; Khosla, 2006; Martino, 1977; Morris, 1974; Nery, 2011; O’Keefe, 2003; Prosser, 1998; Sullivan, 1990; Wolf, 2006). Con una metodología análoga, el trabajo de Kailey (2006) narra su proceso de hormonización “cruzada”; mientras Preciado (2008), desafiando los esquemas dualistas, registra su experiencia a partir de fármacos autoadministrados.

Desde un enfoque similar, pero centrados en el estudio de la identidad, se sitúan una serie de estudios de corte etnográfico que buscan describir aspectos de la cotidianidad y la experiencia de vida través de recuperar las narrativas de diferentes personas y comunidades trans contemporáneas (Costa y Matzner, 2007; Colapinto, 2001; Devor, 1997; Kulick, 1998; Prieur, 1998; Serret, 2009; Soley-Beltrán, 2007; Texeira, 2009; 2012; Valentine, 2006).

Otra abordaje focaliza en las diversas experiencias de organización y militancia de personas trans como parte del colectivo LGBTI⁶ en el contexto latinoamericano (Deheza, R., 2015; Brasil (Aguião, 2016; Braz, Mello, Perilo y Marioja, 2013; Braz, Mello, Rodrigues y Tocach, 2014; Carvalho, 2011; Carvalho y Carrara, 2013) en Argentina (Cutuli, 2011; Cutuli y Keller, 2015) y en España (Coll-Planas y Missé, 2010; Platero Méndez, 2009). En el mismo sentido, un conjunto de publicaciones analiza la conformación del movimiento transgénero, desde una perspectiva histórica (Feinberg, 1996; 1998; Stryker, 2008) y como parte de los movimientos sociales y políticos (Elias, J., Elias, V. y Rosal, 1999). En Estados Unidos y España ha existido una clara vinculación entre el activismo trans y la academia marcada por las producciones de Devor (1989; 1997); Cromwell (1999); Whittle (2000) Preciado (2002); Green (2002); Stryker y Whittle, (2006); Stryker y Aizura (2013); Missé (2012); sin embargo en los países latinoamericanos dicha relación no resulta tan evidente. En este caso, recién en los últimos años comenzaron a tejerse vinculaciones entre las

⁶Las siglas LGBTI corresponde a lesbianas, gays, bisexuales y la T condensa: travestis, transexuales y trans, e intersexuales. Para facilitar la lectura recurrimos a esta sigla abreviada.

producciones científicas (su mayoría provenientes de los estudios de género, del campo de las ciencias sociales y humanas) y el activismo LGBTI.

En lo que respecta a los modos de nombrar(se) y sus implicancias políticas, una serie de trabajos da cuenta de la disputa por las denominaciones que se desarrolla al interior del propio colectivo trans, respecto de continuar utilizando el término transexuales para (auto)identificarse o recurrir a la categoría transgénero o trans, más abarcativa, que se presenta asociada al activismo y permite dar cuenta de los procesos de emponderamiento y de la capacidad de agencia de los sujetos (Mas Grau, 2015; Ventura y Schramm, 2009; Warren, 1993). Dicha controversia, invita a un interrogante más profundo respecto de las actitudes de las personas trans para reproducir y reforzar el sistema sexo/género, o bien para subvertirlo.

Las ciencias sociales han ofrecido una creciente producción acerca de la temática, asumiendo principalmente una mirada centrada en la conformación de la identidad de las personas trans en relación al entorno social (Almeida, 2012; Bento, 2002; 2004). En la mayoría de estos trabajos la experiencia e identidad trans son abordadas a partir del conflicto que presentan con las normas de género y la heteronormatividad (Álvarez Guillén, 2012; Ávila, 2014; Bolin, 1994; Kando, 1987; Lewins, 1996; Lindermann, 1996; Mac Kenzie, 1994; Tully, 1992).

Particularmente desde la etnometodología, se destacan los clásicos estudios de Garfinkel (1967) -acerca del caso Agnes- y de Kessler y Mackenna (1978), que dieron lugar a desarrollos posteriores tanto desde dicha perspectiva, como desde la fenomenología (Lindermann, 1996; Kando, 1987). Otra línea de análisis que se destaca es la inaugurada por King (1993, 1997) y Ekins (1993) desde la Teoría Fundamentada⁷.

En el cruce entre antropología y transexualidad se encuentran los trabajos de Bolin (1988), Mejía (2006), Vartabedian (2008), Cano-Caballero Gálvez (2011); y las compilaciones de Nieto (1998 y 2008).

⁷La Teoría Fundamentada o Grounded Theory es un diseño de investigación cualitativa que tiene sus orígenes en la Escuela de Sociología de Chicago y en el Interaccionismo Simbólico. Ver: Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing.

Otro aporte interesante, que particularmente recuperamos en esta tesis, lo constituyen los trabajos de Haberslam y Livingston (1995), Hausman (1995) y Hirschauer (1997) que asumen la perspectiva de la sociología de la ciencia y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología.

En un sugestivo cruce entre raza, género y sexualidad se ubican las reflexiones de Sanchez y Fields (2007); Schapiro (1991) y Vencato y Monteiro (2007).

Un conjunto de trabajos, desde diferentes áreas de las ciencias sociales presentan una lectura crítica del abordaje biomédico de la transexualidad (Ekins, 2005; King, 1996b) presentándola como una construcción social (Billings y Urban, 1982; Hausman, 1995) y constituyéndose en preciados antecedentes para esta investigación. Dentro de esa perspectiva Bolin (1985; 1987) y Borba (2016) analizan la relación de los médicos con las personas trans; mientras King (1988) y Denny (1992) focalizan en los procesos diagnósticos y sus controversias. Por otro lado, Matão, *et.al.* (2010) propone revisar críticamente las representaciones sociales de médicos y enfermeros en Brasil.

Los trabajos de Arán, Murta y Lionço (2009), Bento (2006), Lionço (2009) y Sampaio y Coelho (2003) analizan el 'proceso transexualizador' en relación con el protocolo médico en Brasil, y Dellacasa (2013a; 2013c; 2013d; 2014b; 2015; 2016b; 2017d) lo hace en el contexto de Argentina. En el mismo sentido, otros autores presentan la problematización de las intervenciones corporales y los procesos de subjetivación en relación al biopoder (Arán, 2005; Dellacasa y Flores, 2013; Lima, 2014; Dellacasa, 2017a).

En continuidad con los aportes desde las ciencias sociales, un conjunto de producciones aborda la relación de las personas trans con el sistema público de salud analizando cuestiones como la demanda, el acceso, la calidad de la atención y las estrategias de actuación en los encuentros con los profesionales de salud (Alves Galli, Meloni Vieira, Giami, Dos Santos, 2013; Braz y de Sousa, 2016; Borba, 2014; Gómez-Gil, Esteva de Antonio, Almaraz, Godás Sieso, Halperin Rabinovich, Soriguer Escofet, 2011; Lima y Cruz, 2016; Schram, Barbosa, Guimaraes, 2010; Texeira, 2013; Tagliamento, 2012). En el caso de Brasil, el hospital se constituyó en el locus privilegiado de análisis, no así en Argentina o en otros países de Latinoamérica.

Varios trabajos analizan el proceso de institucionalización de la atención de la salud de las personas trans y la paulatina conformación de un dispositivo (Bento, 2008; Lima, 2010) particularmente en el ámbito hospitalario (Almeida y Murta, 2013; Arán y Murta, 2006 y 2009; Arán, Zaidhaft y Murta, 2008; Bento, 2012; Dellacasa, 2013; Lionço, 2009; Mas Grau, 2010 y 2013; Pinto y Moleiro, 2012). Holanda ha sido pionero en el abordaje de la transexualidad desde la perspectiva de la salud pública, ofreciendo un modelo de tratamiento clínico integral a través del Programa del Hospital Académico de la Universidad Libre de Ámsterdam (Megens, 2003).

En cuanto a la conformación de una política de abordaje y tratamiento, además de los estándares internacionales de atención publicados por la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA): *Standards of Care for Transsexual Patients*⁸, varios países han elaborado sus propios manuales y guías de atención para personas trans en el ámbito sanitario (Becerra, 2002; Bergero, Cano Oncala, Giraldo Ansio, Esteva de Antonio, Ortega Aguilar, Gómez Banovio y Gorneman Schaffer, 2004; *Center of Excellence for Transgender Health*, 2011; Gómez y Esteva de Antonio, 2006; Hurtado Murillo, 2015; Money, 2002; Movimiento de Integración y Liberación Homosexual de Chile, 2011; *Tom Waddell Health Center*, 2006; Walker, Berger, Green, Laub, Reynolds y Wollman, 1984). Particularmente en nuestro país se han producido tres guías: *Atención de la Salud integral para personas trans – Guía para equipos de salud* (elaborada por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud, 2015); *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local – Experiencia Rosario 2006-2011* (elaborada por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 2012) y *Aportes para pensar la salud de personas trans – Actualizando el paradigma de Derechos Humanos en Salud* (elaborada por el colectivo Capicua Diversidad, 2015).

Por otro lado, una serie de trabajos plantea superar el análisis dicotómico que se debate entre la patologización y la despatologización como posiciones antagónicas; y a partir de un análisis contextualizado de la experiencia propone reflexionar acerca de qué

⁸La primera versión del manual data de 1969 y la séptima y más reciente versión de 2011.

posibilidades habilita el diagnóstico y cuáles cancela (Bento, 2012; Bento y Peluccio, 2012; Bergero, Asiain y Cano-Caballero, 2010; Butler, 2009; Murta, 2011).

Desde una perspectiva que aborda la construcción de categorías biomédicas y psiquiátricas en el campo de análisis del discurso, se ubican los trabajos de Arán (2006); Borba (2014 y 2016) Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda (2010); Rosenberg (2002) y Whittle (1993). A partir de una serie de trabajos provenientes de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis se intenta trazar definiciones, distinguir y caracterizar a las personas trans con posturas divergentes respecto a las intervenciones quirúrgicas como modalidad terapéutica (Cardoso, 2005; Helien y Piotto, 2012; Ramsey, 1998).

Desde la perspectiva de los estudios de género y el feminismo encontramos un amplio abanico de trabajos que abordan la temática, encabezados por Judith Butler (2006; 2009; 2010); Stone (1991); Stryker (1994); Namaste (2000). En esta línea también podríamos ubicar el pionero y controvertido libro de Janice Raymond *The Transsexual Empire* (1979), seguido de las propuestas de Sheila Jeffreys (1990; 2003 y 2014), que presentan posturas críticas de la identidad trans concibiéndola como ‘inauténtica’, como un engaño o una imitación. En ese sentido, existe una discusión de larga data respecto de la posibilidad/imposibilidad que las personas trans sean incluidas como sujetos del feminismo, siendo acusadxs de complicidad respecto de la reproducción de los estereotipos de género y la opresión patriarcal.

Finalmente, y desde una perspectiva un tanto alejada de las anteriores, se ubican los estudios desde el campo legal, que debaten el status de las personas trans frente al Estado (Dellacasa, 2014a; 2016d; López-Galiacho Perona, 1999; Whittle, 2002), pero también analizan los derechos que les son negados u otorgados en los marcos normativos de cada país (Arán y Lionço, 2008; Bunchaft, 2013; Currah, Juang y Minter, 2006; Carrillo Sánchez, 2008; Farjí Neer, 2016; Farjí Neer y Castro, 2011; Flores Ramírez, 2009; Macias y Armaza, 2014; Maffía, 2003; Soley-Beltran, 2007). En esta misma línea algunos trabajos abordan aspectos legales y bioéticos de los “cambios” en los documentos registrales y de las intervenciones corporales de “reasignación” de sexo (Balza, 2009; Bordas, Marcia y Goldim, 2000; Gomes Barbosa, 2010; Pleak, 1999; Rodríguez Vieira, 2000; Schramm,

Barboza y Guimarães, 2011). En la intersección entre medicina y derecho (Zambrano, 2003; 2011) se ubican una serie de trabajos que problematizan la construcción de ciudadanía y el derecho a la atención de la salud para el caso de las personas trans (Freire, 2013; Lionço, 2008; Reis, 2008).

Nuestro intento por trazar una cartografía ampliada (en términos geográficos y temporales) de las producciones académicas en torno a la transexualidad, nos ha conducido a incluir “las voces” que desde diferentes campos de saber buscan dar forma al problema. Tal como mencionamos, las distintas esferas de conocimiento se entremezclan en un proceso que conduce necesariamente a “ponerlas en diálogo” para dar cuenta de la complejidad y de las múltiples aristas del tema. En este sentido, con la intención de trazar un estado del arte lo más abarcativo posible, hemos identificado narrativas y construcciones provenientes de diferentes actores que se presentan complementarias y/o en disputa.



UNA GENEALOGÍA DE LAS CIENCIAS DE LA VIDA. LA BIOLOGIZACIÓN DE LA VIDA Y LA SEXUALIDAD

*Desde que los seres humanos han desarrollado el lenguaje
-hace miles de años- han observado y nombrado la naturaleza,
la han clasificado sobre distintos criterios
y han distinguido lo que tiene “vida” de lo que no.
Desde el siglo XIII y XIV, las miradas y las categorías se han vuelto imperiales*

(Mary Louise Pratt, 2010)

62

Habiendo esbozado un estado de la cuestión considerando producciones provenientes de diferentes esferas de saber, se vuelve necesario ahora desandar las dinámicas de producción y legitimación de dicho conocimiento. Nos centraremos en las biociencias, y particularmente en el caso que nos ocupa, abordaremos las modalidades de fabricación de objetos cognitivos en la biomedicina. En este sentido, nos proponemos “abrir la caja negra” de la producción de cuerpos sexuados con la intención de visibilizar las dinámicas de negociación y los aspectos sociales que han dado forma a las “verdades científicas”.

Iniciamos este apartado con una revisión de la conformación del objeto de estudio de las biociencias, a la vez que presentamos los principios que habilitaron una delimitación de la anatomía y una interpretación de la dinámica vital en términos científicos. Si bien trazamos una introducción un tanto abarcativa, sostenemos que desandar este camino nos permitirá comprender la conformación de una racionalidad y un modo particular de producir conocimiento; todo ello ha posibilitado la posterior producción de organismos “normales” y “adecuadamente” sexuados, al tiempo que se conformaba un dispositivo de regulación y control de los cuerpos y las sexualidades.

Las nociones de “vida” cuando la historia se vuelve natural

En la Época Clásica las inquietudes sobre la vida se focalizan en minuciosas descripciones y extensas clasificaciones de los seres vivos, la teoría de la representación y del lenguaje eran las vías privilegiadas de acceso a ‘la realidad’. En este sentido, lenguaje, ciencia y filosofía se ubican en un mismo nivel. La historia natural que proponen Buffon, Linneo y Tournefort está claramente enmarcada en la teoría de la representación y acotada a un campo específico ‘de visibilidad’. Una especie de gran registro de todas- o casi todas- las manifestaciones posibles de “la vida”. Paralelamente a la descripción y sobre la base de una clasificación de ‘lo viviente’, se buscó construir una taxonomía que permita ordenarlo todo, a partir de ciertas diferencias de superficie -aquellas posibles de ser observadas⁹-.

La historia natural es el espacio abierto en la representación por un análisis que se anticipa a la posibilidad de nombrar; es la probabilidad de ver lo que se podrá decir, pero no se podrá decir en consecuencia, ni ver a distancia si las cosas y las palabras, distintas unas de otras, no se comunican desde el inicio del juego en una representación (Foucault [1976], 1997, p. 146).

La historia natural está situada a la vez antes y después del lenguaje; a través de imaginativas semejanzas busca dar a las cosas “su verdadera denominación”, fundando un uso concertado de los nombres. La historia se vuelve natural, la historia de un ser vivo es ese mismo ser, en el interior de toda una red discursiva que lo enlaza con el mundo: la descripción de sus elementos u órganos, las semejanzas, virtudes, las leyendas o historias en las que ha estado mezclado, los medicamentos y alimentos que provee, los tótems, ceremonias y prohibiciones de las que es objeto, lo que los antiguos o los viajeros dicen de él. Los signos forman parte de las cosas, en tanto conforman su representación y evitan mostrarlo ‘desnudo’. Los mecanismos de ‘purificación’ del lenguaje que operan, tienden

⁹ Las distintas corrientes del nominalismo –Ockham, Lock, Condillac, Hobbes, Hume- coinciden en concebir los universales como un recurso para pensar los singulares, y no como algo inherente a la naturaleza de las cosas. Los conceptos son tendenciosos, atravesados por la experiencia y producto de construcciones intelectuales.

vínculos entre las palabras y las cosas mismas quitando a todo intermediario y permitiendo así conformar una distribución y una historia natural de lo vivo.

La posterior mutación arqueológica borró ese espacio en el que el ser y la representación encontraban un lugar común; presentando ahora al hombre como un objeto de saber y a la vez como un sujeto que conoce. Si, como afirma Foucault, la vida no existía como tal hasta fines del siglo XVIII; el hombre- siguiendo a Kant- tampoco. En la representación, lo viviente, los cuerpos y sus dimensiones no manifiestan ya su identidad, sino la relación exterior que establecen con el ser humano.

Biología: del desfile al catálogo

*Se quieren hacer historias de la biología en el XVIII
pero no se advierte que la biología no existía y que su corte del saber,
que nos es familiar desde hace más de ciento cincuenta años,
no es válido en un periodo anterior.
Y si la biología era desconocida, lo era por una razón muy sencilla,
la vida misma no existía*

(Michel Foucault, 1976)

El pensamiento científico contemporáneo sobre 'lo vivo' tiene su origen en la modernidad, momento en que se reconoce a los seres una existencia independiente de su visibilidad. Para los positivistas importa separarse de las creencias, de las fantasías y de las semejanzas, concebidas como máscaras impuestas a los objetos. El movimiento que conduce a la objetivación de la vida y a la posterior fundación de la biología y la anatomía, se inicia con el opacamiento de la representación y la pérdida de importancia del lenguaje; se vuelve necesario penetrar los cuerpos para conocer el interior. El nuevo fundamento que permite ordenar lo viviente y reemplazará lo visible, es la organización. Clasificar en términos de la biología moderna es relacionar lo visible con lo invisible, como su fundamento, y luego pasar de esa estructura oculta a las manifestaciones que se expresan en la superficie de los cuerpos. En este sentido se abre una grieta insalvable entre los espacios de la organización y la nomenclatura, ya no se 'distingue' bajo los mismos

criterios que se ‘denomina’. Las cosas empiezan a tener lugar y existencia, en un espacio que es ajeno al de las palabras.

Paralelamente se radicaliza la separación entre lo orgánico y lo no orgánico, la ‘nueva’ organización divide a la naturaleza en dos reinos -reemplazando el antiguo esquema de cuatro particiones- y funda uno de los principales dualismos modernos: vivo/muerto. Luego le seguirán otros: cuerpo/mente, realidad/ experiencia, naturaleza/cultura y macho/hembra, masculino/femenino.

En esta línea de razonamiento, Cuvier inaugura una mirada sobre los cuerpos y una nueva perspectiva en los estudios anatómicos sometiendo la disposición de los órganos a la soberanía de las funciones. La función es invisible y será definida no de forma perceptible, sino en términos de los efectos que producen los órganos; ello es lo que le permite relacionar conjuntos de elementos que antes se presentan desprovistos de identidad visible. Aquello que era categorizado a partir de diferencias de superficie, pasa a ser pensado a partir de una homogeneidad funcional. De este modo se identifican nuevas relaciones: jerarquía, dependencia y coexistencia respecto de una organización mayor, un sistema de órganos que a la vez se “comunica” con el entorno que lo rodea.

Al mismo tiempo, la medicina positivista y experimental con la fisiología de Claude Bernard plantea una teoría del desarrollo de los órganos y una concepción de la vida que resolvería -o al menos plantearía en otros términos- la pregunta acerca del modo en que un organismo se organiza. Para Bernard (1865) un organismo que funciona es un organismo que se dedica a destruirse: “podemos observar, comprender y caracterizar ese fenómeno y nos inclinamos a llamarlo engañosamente ‘vida’, cuando en realidad es una forma de muerte”. Definir la vida como un significado inscripto en la materia es reconocer la existencia de un *a priori* objetivo, que es inherentemente material y no meramente formal. Es justamente este razonamiento el que fuerza a ver ‘la vida’ y ‘lo vital’ como un descubrimiento, un hallazgo, y no como una construcción.

La vida como información

La idea de que la identidad natural,

*no precisamente del hombre como especie, sino de todo individuo,
está determinada en todos sus detalles en una pequeña línea del código molecular...
es un paso enorme hacia lo que se ha llamado 'el secreto de la vida'
y aparece ahora como llena de secretos dentro de secretos*

(John Bernard, 1954)

Bernard (1865) parece haber intuido que la herencia biológica consiste en la transmisión de algo que ahora concebimos como información codificada: la manifestación aquí y ahora de un impulso, una acción primitiva y un mensaje, que la naturaleza repite de acuerdo con un patrón determinado de antemano. El concepto de mensaje no está, semánticamente hablando, tan lejos de un “código”. En 1865, cuando publicó su *Introducción al estudio de la medicina experimental*, aparecía simultáneamente la obra de Gregor Mendel, *Los experimentos en plantas híbridas*. Si bien no es posible atribuir a Bernard la teoría moderna de la herencia, su concepto de “mensaje” tiene una afinidad funcional con el de “código genético”, esa afinidad está basada en la noción de información que ambos comparten. Recién a comienzos del siglo XX se redescubrió a Mendel, con *Los mecanismos mendelianos de la herencia* (Morgan, 1915), a la vez que se acuñaron los términos “gen” y “genética”. Posteriormente en 1953, Crick y Watson descubrieron la doble hélice e identificaron al ADN como el encargado de transportar la “información genética”. La biología contemporánea concebía la vida bajo un nuevo paradigma y se expresaba ahora en otro lenguaje, dejando de lado los conceptos de la mecánica clásica, la física, la química y adoptando el vocabulario de la lingüística y la teoría de la comunicación. Mensajes, información, programas, códigos, instrucciones, decodificación: esos son los nuevos conceptos de las ciencias de la vida. Aunque los primeros biólogos moleculares no podían explicar cómo un huevo se transforma en organismo, tenían un poderoso recurso retórico que les permitía hablar de instrucciones y secuencias preexistentes que “codificaban” (Fox Keller, 2000, p. 36).

En un organismo no hay distancias: el todo está inmediatamente presente en cada una de las pseudo-partes. La esencia de la cosa viva es que, en la medida en que es viviente, la vida está inmediatamente presente en sí misma. La transformación epistémica

que trajo aparejada la modernidad, concibe la vida como una dimensión trascendental. Nuevos campos de objetos son foco de observaciones y experimentaciones, a la vez que se plantean redefiniciones constantes del horizonte de la biología. A partir de un proceso que combina *genetización* (Fox Keller, 2000), *molecularización* (Rabinow, 2007) e *informatización* (Lyotard, 1979) la biología pasó de ser una ciencia centrada en el organismo, a desarrollar una mirada molecular que concibe la vida como un dispositivo de almacenamiento y transmisión de información genética.

La estatización del saber sobre la vida

*La biología es un discurso político,
al cual deberíamos comprometernos en cada nivel de práctica
de una manera técnica, semiótica, moral,
económica e institucional*

(Donna Haraway, 2004)

Siguiendo con la línea de razonamiento planteada por Foucault (1976), si la objetivación de la vida es condición para el surgimiento de la biología, las ciencias biológicas se constituyen, a la vez, en condición para concebir la vida como objeto de la política. En este sentido, para poder hacer de la vida un objeto de la (bio)política fue necesario un saber capaz de delimitarla y estabilizarla. En tanto el saber de la biología prima como principio organizador de ‘la realidad’, necesita de un aparato de gobierno y poder que formalice y regule su funcionamiento: el Estado. Por otro lado, fue necesario constituir un discurso único, homogéneo y legítimo acerca de la vida; que tomando a la ciencia ‘neutral’ y ‘objetiva’ como argumento, soslaye todas las aristas históricas, subjetivas y políticas de los procesos vitales, de la vida misma y su control.

La forma de gobierno supone la implementación de un cierto comando de verdad, o la producción de un cierto régimen en el dominio de la producción de lo verdadero (Foucault, 1997). El efecto político se encuentra anidado en la legitimidad de lo verdadero y vinculado con “las verdades” producidas por el discurso científico.

Al dejar de concebir la verdad como una ‘naturaleza’, como algo dado que ‘está ahí’ esperando ser descubierto, debe entonces ser entendida como un producto. Si existe la posibilidad de considerar lo verdadero como el efecto de un cierto régimen de producción, entonces el problema político de la ciencia ya no pasa por suponer la existencia de un poder exterior que tiende a limitar la producción y circulación de productos científicos; sino por el hecho de que las propias relaciones de poder deben ser consideradas un elemento constituyente del régimen de producción. Es decir, que el poder pareciera experimentar tanta necesidad respecto de la producción de verdades, como la ciencia de la implementación de ciertas políticas de gobierno (Gallego, 2012).

RACIONALIDAD, EPISTEMOLOGÍA Y ASUNCIONES ONTOLÓGICAS EN BIOMEDICINA

*Todo diagnóstico depende de una división previa
entre penalidad y terapia,
entre perversión y enfermedad*

(Michel Foucault, 1975)

Luego del breve recorrido planteado acerca de la conformación de las biociencias y su objeto de estudio, introducimos aquellos aspectos que conforman la racionalidad y resultan fundantes en el discurso y las prácticas médicas. En esta modalidad de abordaje de los cuerpos y los procesos de salud enfermedad lo orgánico emerge como objetivo y el sexo, aparece como un signo autoevidente que organiza los cuerpos a partir de un orden dual.

Deborah Gordon (1988) ensaya una caracterización de los preceptos que conforman el marco “occidental” de la medicina moderna y que se desprenden de dos tradiciones de pensamiento que se complementan mutuamente: el naturalismo (biologicismo) y el individualismo. Describe la racionalidad biomédica como un sistema lógica y teóricamente estructurado a partir de cinco elementos atravesados por dos niveles, uno ontológico que permite ordenar aquello que existe, y otro epistemológico que permite ordenar las formas de aprehender esa realidad:

- Esquema de representación y abordaje del cuerpo. Morfología humana. Metáfora del cuerpo máquina. ¿Cómo funciona?
- Esquema de representación de la fisiología o dinámica vital humana. Metáfora de un sistema homeostático. ¿Qué nos hace estar ‘vivos’?
- Sistema de diagnóstico y abordaje predictivo del padecimiento. ¿Qué funciona mal?
- Sistema de abordaje e intervención terapéutica. Elaboración de una respuesta al problema ¿Qué hacer para reestablecer el equilibrio/salud?
- Doctrina médica: conjunto de enseñanzas que se basa en un sistema de creencias con pretensiones de validez universal. Neutralidad de aplicación del esquema o modelo.

En el mismo sentido Kirmayer (1988) ofrece un abordaje crítico de la epistemología y la cosmología propias de la racionalidad biomédica aduciendo que las asignaciones biológicas, psicológicas y sociales de causación y responsabilidad deben ser vistas como medidas terapéuticas que expresan valores, más que como descripciones objetivas de la realidad moralmente neutras. La noción de metáfora le permite a dicho autor examinar los valores que están ocultos detrás de la retórica médica regida por la ‘racionalidad científica’. Dicha retórica utiliza las metáforas para deslizar valores en un discurso que se autoproclama así mismo como racional, imparcial y libre de moralidad. Además, las metáforas de la razón médica son ideas modélicas que de su objeto y de sí mismos, tienen quienes practican la medicina (Kirmayer, 1988).

Estas representaciones técnicas, adquiridas por los profesionales a través del aprendizaje formal e informal en instituciones médicas, se “cargan” de una objetividad diferencial, a saber, una “objetividad científica” y constituyen “un sistema de expectativas para la intervención clínica, que se realizan y modifican en la práctica (Margulies, 2014, p.25).

La racionalidad médica presenta un vínculo inaugural con la anatomía moderna—plasmada en las obras ejemplares de Da Vinci y Vesalio—, en la que prima el principio de objetividad en la observación y la replicación de la cartografía corporal mediante su representación gráfica. El reduccionismo inicial que atraviesa la concepción mecanicista del organismo, sólo es superado a partir de la visión de la forma humana como máquina animada -que promueve la nueva anatomía- y de la concepción del funcionamiento del cuerpo “en movimiento” –surgido de la reforma en fisiología-.

El paso siguiente es la división del cuerpo humano en una serie de sistemas con funciones bien definidas -división que es en parte morfológica y en parte funcional- y que permite dar cuenta de las vinculaciones que se establecen en base a una totalidad orgánica. Esa inicial división en sistemas se corresponde con la posterior división en especialidades de la propia medicina y del saber médico.

En relación al proceso salud/ enfermedad la clínica moderna abandona el modelo hipocrático en que operaba “la fuerza curativa de la naturaleza”, mientras que los avances en botánica y química permiten producir conocimiento acerca de “las sustancias” que pueden combatir y aniquilar enfermedades (Luz, 1997, p. 85). La medicalización, o mejor dicho la farmacologización, no es la única manera de contrarrestar las enfermedades; la cirugía es otra de las intervenciones médicas por excelencia, que se convertirá en una rama de la clínica con el modelo anátomo-clínico de inicios del siglo XIX y terminará de consolidarse con el uso de la anestesia y el concepto de asepsia en el siglo XX.

La relación entre medicina y racionalidad científica es de retroalimentación mutua, a través de teorías, conceptualizaciones y de los médicos como ‘teóricos’ de la ciencia moderna de las enfermedades. Canguilhem (1986) afirma que el pensamiento médico osciló entre dos representaciones acerca del origen de la enfermedad: una ontológica y otra dinámica. En el primer caso, se trata de una concepción organicista, localizante y mecanicista en términos de causalidad. En la teoría ontológica de las enfermedades, signos y síntomas se materializan en “síndromes” que son las manifestaciones de entidades situadas más allá de lo empírico: las enfermedades. Es justamente esa capacidad de abstracción de los “casos” individuales, lo que permite construir el concepto

moderno de enfermedad. Esta perspectiva nosológica es coincidente con la teoría microbiana del siglo XIX, en que la enfermedad proviene del exterior y provoca reacciones y lesiones en el organismo.

En la segunda representación, que corresponde a un modelo dinámico, naturalista y vitalista, la enfermedad se presenta como una ruptura del equilibrio. No hay entidades mórbidas situadas “fuera” o “dentro” –del cuerpo-, sino que se trata de una expresión sintomática del desequilibrio de la vida.

Posteriormente, se introduce el esquema epidemiológico de ambiente, huésped y organismo. Éste cobra relevancia como proceso interactivo que permite dar forma a un modelo multicausal, a la existencia de ‘factores’ que hacen posible una enfermedad y consecuentemente, a la noción de ‘riesgo’. La confluencia de diversos desarrollos –la patología celular, la microbiología y los avances en fisiología- han posibilitado la conformación de un status científico para la teoría de la enfermedad. Todo ello en base a un doble movimiento de objetivación: la enfermedad como entidad con existencia independiente y el cuerpo como organismo y como “máquina”, separado del cuerpo de la experiencia. Las primeras taxonomías de las enfermedades conforman una clasificación en términos de observación y comienzan a abordar las morbilidades en vías de construir un discurso disciplinario acerca de la enfermedad y una ciencia de las entidades patológicas, en ese sentido Foucault (2003) recurre al concepto de taxonomías mórbidas.

Finalmente, otra propuesta que se desprende de este tercer modelo y que se suma a lo planteado por Canguilhem, es la concepción “sociológica” de la enfermedad basada en la sociología médica parsoniana (1951) con el rol o papel del enfermo. Este abordaje habilita una distinción entre enfermedad (*disease*) -comprendida como un conjunto de eventos físicos, biológicos - y padecimiento (*illness*) -la percepción subjetiva que construye la persona en torno a esa experiencia que se expresa en una serie de componentes psíquicos con existencia objetiva-. Dicha perspectiva incorpora además, para el análisis de los procesos mórbidos y la determinación y distribución de las enfermedades, otros aspectos que tienen que ver con las características de las poblaciones (Almeida Filho, 2000). Así, las variables sociales (nivel socioeconómico, etnia, género, nivel educativo,

etc.), las prácticas y elecciones comportamentales pasan a funcionar como ‘factores’ que tienen incidencia en las enfermedades. Desde la medicina social ha cobrado importancia el concepto de estilo de vida (Coriel, 1985; Lemos, 1994; Menéndez, 1998) que se conjuga con el valor predictivo de las citadas variables sociales. De allí se desprende el razonamiento de que los estilos de vida -entendidos como los hábitos de las personas- son discreta e independientemente modificables y los individuos pueden decidir por su propia voluntad si alteran o no, tales conductas (Lehmann, 1979). En este sentido, se piensa que la adquisición de los hábitos personales de salud, está asociada tanto al dominio de la transmisión cultural, como a la educación y a la elección individual, y ésta es una de las premisas de la medicina preventiva (Dellacasa, 2010b).

El telón de fondo de los modelos presentados es la dualidad normalidad/patología ampliamente trabajada por Canguilhem, en que la enfermedad se presenta como un fenómeno totalizante. “Está en todo el hombre y no es más que una reacción generalizada con intenciones de curación, el esfuerzo de la naturaleza en el ser humano para obtener un nuevo equilibrio. Se puede decir, por tanto, que el organismo desarrolla una enfermedad para curarse” (1986, p. 17-19).

El binomio normal/patológico representa los extremos de un mismo y continuo proceso vital. En la fisiología del siglo XIX se analizan con la patología, las lesiones y se verifica, en la clínica, los índices de desvío de la norma “ideal” de desempeño. Los disturbios representan esos índices de desvío respecto de un “patrón” normativo que se anclan en un orden ‘natural’.

Todo es desvío potencial, los límites entre lo normal y lo patológico son sutiles, por momentos borrosos y -como lo han demostrado varios estudios recientes- “muy móviles”, de acuerdo a intereses políticos y económicos (Zola, 1981; Moynihan et. al., 2002; Blech, 2005, por nombrar sólo algunos). El propio Canguilhem (1986) muestra las presuposiciones y cuestionables conclusiones que se conjugan para establecer el límite entre lo normal y lo patológico, siendo muchas veces especulativas y valorativas. Es interesante considerar las objeciones de Canguilhem (1986) a ciertos “trasplantes” de este dualismo al campo social, con otra finalidad y otra naturaleza “no científica”, que sin duda

han despertado varias de las ideas y reflexiones de Foucault -su discípulo- respecto de las vinculaciones entre anormalidad y amoralidad. Sin embargo, como señala Madel Luz (1997, p. 101) aquellos análisis que pretenden mostrar que se trata de una “ideologización de los conceptos”, suponen que en el campo científico lo normal y lo patológico se encuentran en estado “puro”.

Otro de los puntos centrales para nuestro análisis, es el proceso de construcción del diagnóstico en biomedicina. Ese es el momento en que el cuerpo revela su condición al profesional –en la mayoría de los casos sin necesidad de la interpretación del paciente-, constituyendo un dualismo entre un conocedor activo y un (des)conocedor pasivo. La “verdadera” enfermedad obtenida como resultado de un proceso diagnóstico “objetivo” se vuelve más real y significativa que la experiencia del paciente. De este modo, el orden racional de la medicina eclipsa otra “realidad”, la experimentada por la persona.

Aquello de lo que se queja un paciente es significativo si refleja un estado fisiológico, si no se detecta tal referente empírico, la propia significación de la queja se pone en tela de juicio (...) La ‘verdadera patología’, en cambio, sí refleja un trastorno fisiológico. La medicina técnica contemporánea aporta un conocimiento objetivo de tal patología, representada como un reflejo directo y transparente del orden natural revelado a través de un denso sistema semiótico de hallazgos físicos, resultados de laboratorio y de los productos visuales de las técnicas de la imagen (Gordon, 2003, p. 35 y 36).

El proceso diagnóstico se estructura a partir de dos instancias la anamnesis – el reconocimiento de la historia, datos sociodemográficos del paciente y de la “queja” o “motivo” de consulta - y el examen físico. Éste último, a su vez, podría dividirse entre los “datos” que arrojan los exámenes complementarios – actualmente caracterizados por su variedad y el creciente uso de tecnologías- y la “revisación” médica en sí, en la que se pone en juego la semiología clínica. En esta lectura, atravesada por la mirada moderna, se respeta la anatomía topográfica del cuerpo representado en regiones y sistemas. Para

cada área se sigue un conjunto específico de procedimientos que se ejecutan secuencialmente: inspección, percusión, palpación y auscultación. También incluye la verificación de valores numéricos, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la temperatura, denominados “signos vitales”. Todo ello se presenta inherentemente vinculado al desarrollo de artefactos tecnológicos disponibles para el escrutinio; junto a la interpretación y traducción de las nuevas imágenes cada vez más precisas y amplificadas.

Entre la anamnesis –más centrada en los síntomas- y el examen físico –ocupado en los signos- hay otro escrutinio que corresponde al examen psíquico. Si bien es ejecutado en profundidad exclusivamente por especialistas en psiquiatría y en psicología, los profesionales de cualquier especialidad y/o generalistas suelen corroborar ciertas cuestiones básicas al momento de atender un paciente: ubicación en tiempo y espacio, inestabilidad emocional, rasgos psicóticos, etc.

El objetivo general del diagnóstico y la caracterización del malestar, es la identificación de las lesiones presentes y su evolución temporal con la finalidad ideal de alcanzar las causas originales o etiología. El raciocinio clínico se encargaría de distribuir los datos encontrados para reconstruir la evolución cronológica de la enfermedad, que se presume ha actuado. Las lesiones pueden cobrar distintas dimensiones, oponiéndose a la idea de “normalidad” ya mencionada. De acuerdo al esquema de Luz (1997):

- Las anomalías, representan algo que no debería estar allí (por ejemplo: durezas).
- Las distorsiones, configuran alteraciones en el resultado de un examen (por ejemplo: arritmias, desplazamiento óseo.).
- Las supresiones, tienen lugar cuando algún evento “normal” deja de ser percibido (por ejemplo: reflejos o silenciamiento de ruidos peristálticos, falta de apéndice).
- Las variaciones cuantitativas, se observan en los signos vitales o en los exámenes complementarios (por ejemplo: altos valores de glucosa, frecuencia cardíaca muy elevada).

La clínica que opera en la producción de diagnósticos en referencia a un conjunto de signos y síntomas (síndromes) está compuesta por dos aspectos: lectura y encuadramiento. En la práctica ambos aspectos se confunden, ya que las hipótesis

diagnósticas se formulan desde el primer momento guiando toda la operación de recolección de datos, seleccionando las ‘quejas’ significativas de las ‘subjetivas’ y orientando la anamnesis y el examen físico. Todo el recorrido apunta a construir evidencia “a favor” de la hipótesis planteada inicialmente por el profesional, o bien a desecharla en el caso de ausencia de “pruebas” que la sustenten.

Paradójicamente, el recorrido terapéutico no siempre es coincidente con los resultados y la etiología arrojada por el diagnóstico, lo que visibiliza otro rasgo constitutivo de la racionalidad médica occidental. La descomposición entre el proyecto científico de estudio de las dolencias y el proyecto ético de intervención -terapéutica- no siempre son conciliables.

LA CONSTRUCCION DE CUERPOS ‘ADECUADAMENTE’ SEXUADOS

*No puede afirmarse que los cuerpos
posean una existencia significativa
antes de la marca de su género*

(Michel Foucault, 1992)

En su trabajo, Thomas Laqueur (1990) muestra que hasta bien entrado el siglo XVII imperó en occidente el modelo corporal de Galeno que suponía la existencia de un sólo cuerpo, con dos ‘sexos’. En él, lo femenino y lo masculino, no eran más que dos modalidades posibles de ‘evolución’ corporal. Lo masculino por tener mayor temperatura generaba sus órganos hacia el exterior, lo femenino los conservaba dentro, pero sustantivamente eran lo mismo, aunque la perfección evolutiva le correspondía al varón. A tal punto eran uno que no se diferenciaban ovarios de testículos (ambos cuerpos tenían –*orchies*-), los dos producían *semence* necesario para la concepción y la palabra vagina no aparece en el discurso médico hasta el siglo XVIII¹⁰. En realidad, la diferencia entre varón y mujer no estaba dada en virtud de la asignación corporal sexual, sino por un orden

¹⁰ Durante dos milenios, los ovarios, órganos que a principio del siglo XIX se convirtieron en sinécdoque de la mujer, carecieron de nombre propio. Galeno se refiere a ellos con la misma palabra que utiliza para los testículos masculinos, *orchies*, siendo el contexto lo que aclara de qué sexo se está hablando.

macrocósmico deísta que asignaba lugares y jerarquías sociales diferenciadas para ambos. El cuerpo aún no marcado por la escisión entre la cultura de elites y la cultura popular (Muchemblend, 1988), no era afrontado como una realidad biológica *ipso facto*, ni como una cápsula que separaba al ‘yo’ del mundo. En todo caso, el cuerpo femenino era una versión masculina “a medio camino”.

El ordenamiento del Antiguo Régimen priorizaba la posición social de los sujetos en relación a un orden de estamentos diferenciados. El nacimiento de seres categorizados como hermafroditas era parte de los sucesos extraños y las maravillas de la naturaleza, que expresaban en un plano biológico, la omnipotencia de la voluntad divina¹¹.

El sexo biológico no era el fundamento ni la ‘verdad’ sobre la que descansaba el género; este razonamiento es coincidente con los relatos de Foucault (1985) cuando reconoce que durante el Renacimiento, la mayoría de los hermafroditas podían elegir jurídica y socialmente a qué sexo querían pertenecer (aunque la paradoja consistía en que todos sabían que pertenecían a los dos). En la mayoría de los casos no fueron ejecutados o enviados a la hoguera, sino que fueron adscriptos a un sexo ‘de crianza’ de acuerdo a la elección de sus padres¹². Luego, cuando adultos, se les daba la posibilidad de elegir continuar con ese sexo, o cambiar al otro (obviamente las opciones posibles eran dos), el único imperativo era que una vez elegido el sexo ‘de destino’, no podían volver a cambiarlo hasta el final de sus vidas¹³. Históricamente los hermafroditas tenían ‘dos sexos’, e incluso podía adoptar una identidad sexual diferente a la que expresaban sus genitales¹⁴; a partir de un momento particular, los designios de la biomedicina y el

¹¹En *Civildade Dei*, San Agustín afirma que los monstruos entre los que incluye a los hermafroditas, no son seres sobrenaturales, ni casos aislados producidos en vano, se trata de maravillas de la naturaleza que encuentran siempre sus análogos en el universo. En: Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997) *Sexo y Razón. Una genealogía de la moral sexual en España entre los siglos XVI y XX*, Madrid: Akal.

¹²Esto no significaba que los hermafroditas o los ‘cambios de sexo’ fueran totalmente aceptados socialmente. Las diferencias entre los estamentos sexuales eran cruciales para la preservación de un sistema social fundado en las relaciones de alianza.

¹³Una de las causas de condena social, que en la mayoría de los casos implicaba la muerte, era el hecho de ser etiquetado como sodomita, eran el deseo y las prácticas los que se castigaban, y no la yuxtaposición anatómica de caracteres sexuales que presentaban sus cuerpos.

¹⁴Cambiar de sexo era una alternativa que la medicina hipocrático-galénica reconocía como factible, se trataba más bien “de tomar un estado” o de “pasar de un estado a otro”.

derecho, decidieron que era necesario asignarles uno y sólo un sexo. ¿Qué monstruosidad o abyección inspiraban esas ambigüedades?¹⁵ Con el avance de la medicina y las (bio) tecnologías, los hermafroditas se convierten en cuerpos pasibles de ser intervenidos y normalizados, pasando a denominarse ‘intersexuales’ o ‘transexuales’ (términos más biologicistas y menos mitológicos)¹⁶. “Una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyó a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación con el hombre” (Laqueur, 1990, p. 24).

Del pecado y el castigo a la medicalización de la sexualidades

*No hay ninguna naturaleza,
sólo existen los efectos de la naturaleza:
la desnaturalización o la naturalización.*

(Jaques Derrida, 1995)

A comienzos de siglo pasado, con el avance de los desarrollos en medicina y biociencias, las conductas ‘inmorales’ como causa de tendencias sexuales ‘anormales’ fueron reemplazadas por el principio de la herencia. En este sentido, la producción de etiquetas de ‘enfermedad’ en torno a ciertas prácticas e identidades sexuales, no es más que la continuación por otros medios de los controles morales que hasta el siglo XVIII fueron propios de las instituciones religiosas y/o de los ámbitos jurídicos¹⁷. Nos proponemos dar cuenta de cómo se fue conformando y legitimando esta nueva mirada, que implicó no sólo otras modalidades de producción de conocimiento, sino de intervención sobre la vida y los cuerpos.

¹⁵ Tal como lo expresa Foucault en el relato que hace de Herculine Barbin (1985) lo que la protegía a Alexina, que crecía en un convento de mujeres, era justamente la vida que llevaba en ese espacio cerrado, limitado. Era en esa sociedad intimista en que ella sentía la extraña felicidad, que era al mismo tiempo obligatoria y permitida, de ser considerada con un sólo sexo (femenino).

¹⁶ Nótese que el término hermafrodita tiene su origen en la mitología griega con la historia de Hermafrodito, hijo de Hermes y Afrodita que adquirió su forma definitiva a partir de una simbiosis con la ninfa Selnacis.

¹⁷ Conrad y Schneider en *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (1992), diagraman una línea de análisis que va desde los fundamentos morales del pecado que constituyen las relaciones homosexuales, a la criminalización de esas prácticas en la Edad Media y finalmente aborda su medicalización, a través del ingreso de ciertas sexualidades en el campo biomédico por la puerta de las patologías psiquiátricas.

Contra las visiones idealistas de la ciencia que pregonaban los positivistas lógicos del Círculo de Viena (*circa*, 1920), Ludwik Fleck¹⁸ no sólo cuestiona los aspectos estáticos, sino que apunta a cuestionar incluso la objetividad del conocimiento científico a partir de la deconstrucción de la noción de “hecho”. Fleck entiende por hecho científico, aquellas percepciones que se experimentan como coerción y que resultan, de algún modo impuestas por el estilo, como “formas” (*Gestalten*) inmediatas. “El propósito general de todo trabajo cognoscitivo es, por tanto, lograr la mayor coerción de pensamiento con la menor arbitrariedad de pensamiento” (Fleck, [1935], 1986, p.150). De entre las diferentes propuestas, conforme con el estilo de pensamiento, reciben el apelativo de “verdad” aquellas soluciones que son “singulares” y que sólo son posibles de una única manera, es decir, cuya arbitrariedad está más limitada. La verdad, lejos de situarse como una experiencia subjetiva, adquiere carácter general cuando esa coincidencia en la solución se experimenta idénticamente por los distintos individuos del mismo colectivo. En relación a ello, pretendemos dar cuenta de cómo a través del tiempo distintas categorizaciones y sus límites: “sexualidades anormales”, “desviaciones”, “abominaciones sexuales” se van configurando como ‘verdaderas’. De ese modo, se vuelve posible objetivar las relaciones y reivindicarlas como expresión de “la verdad”, pues hay condiciones especiales individuales y colectivas que favorecen esa objetivación.

En este sentido, la noción de paradigma de Kuhn [1962] (2004) es un antecedente y una síntesis exitosa entre una explicación por las estructuras cognitivas y por las estructuras sociales. Las teorías científicas son dinámicas, evolucionan y más que cargar con el epíteto de ‘verdaderas’, en el lenguaje de Fleck -que claramente tomó prestado de Darwin-, se presentan “adaptadas” a una época y concuerdan con una comunidad, o una parcialidad de ésta. Cada “mutación” del estilo de pensamiento contiene algo repentino y revolucionario, que lo convierte en algo así como una época cerrada. A diferencia de

¹⁸Ludwik Fleck es un destacado precursor de la perspectiva social de los estudios de la ciencia; Thomas Kuhn en su prólogo de *La estructura de las revoluciones científicas* [1962] (2004), afirma que fue él quien inspiró sus ideas. En su propuesta que data de 1935, “teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento”, Fleck sostiene un abordaje de la ciencia como empresa colectiva, inaugurando una mirada novedosa y alejada del tradicional individualismo asociado al conocimiento científico.

Kuhn, a Fleck no le interesan “las rupturas”, ni “las revoluciones”; más bien va a centrarse en la instauración, el desarrollo y los mecanismos de consolidación de los estilos de pensamiento, diferenciando períodos de “clasicismo” o esplendor de una teoría y de “complicaciones” en los que se evidencian las excepciones y las crisis.

El paradigma que logró consolidarse a principios del siglo XX indicaba que las sexualidades ‘disidentes’ eran enfermedades y por lo tanto, ya no tenía sentido su criminalización; las personas ‘insanas’ debían ser confinadas al aislamiento o incluso esterilizadas, para evitar la propagación y el contagio de otros y otras. En detrimento de las definiciones legales y criminales a fines del siglo XIX, la medicalización con sus alternativas terapéuticas, sus definiciones y sus técnicas de intervención promovía mecanismos más efectivos de control social. El neurólogo y psiquiatra Karl Otto Westphal (1869) fue pionero en la publicación del ‘caso’ de una joven lesbiana que experimentaba “sentimiento sexual contrario” y en la conclusión de que su ‘problema’ era congénito. Los relatos como este se irán sumando sistemáticamente, conformando un corpus de literatura médica específica, que otorgará legitimidad al tratamiento médico del tema. Se va creando gradualmente una estructura, que partiendo de un suceso históricamente único (el descubrimiento) se convierte -precisamente por la particularidad de las fuerzas del colectivo de pensamiento- en coercitivo, repetitivo y por lo tanto, en conocimiento que se presenta como ‘objetivo y verdadero’.

Uno de los psiquiatras más importantes que trabajó sobre las sexualidades caracterizadas como ‘desviadas’ fue Richard von Krafft-Ebing. Estudios como *Psychopathia Sexualis* (1886), establecieron las bases para pensar estos ‘casos’ en términos de patologías psiquiátricas. La mirada desaprobatoria que tenía Krafft-Ebing respecto de lo que llamaba “abominaciones sexuales”, no le impidió registrar y dar a conocer una increíble variedad de prácticas y expresiones sexuales de las que la humanidad era capaz. Definitivamente sentó las bases de una categorización biomédica de las sexualidades no heterosexuales y de la homosexualidad como una clase de personalidad, cuyo tratamiento debía ser terapéutico y no punitivo. En este sentido, el “estilo de pensamiento” de la sociedad burguesa del siglo XIX delimitaba nuevos principios para la regulación de los

placeres, que ya no estaban en el ámbito sagrado de las creencias, sino en el ámbito profano de la ciencia.

El discurso positivista de la medicina mental propone a la burguesía triunfante la moral con la que no ha dejado de soñar: una moral relativa a la seguridad pública modelada por la ciencia y ya no por la religión. Por eso disciplinas derivadas de la psiquiatría, la sexología y la criminología reciben, de hecho, la misión de explorar en su totalidad los aspectos más sombríos del alma humana (Roudhinesco, 2009, p.56).

Los esfuerzos por excluir las “inversiones sexuales” del ámbito criminal, condujeron a los médicos europeos a elaborar complejas taxonomías, cuya historización permite advertir las características y atribuciones que permitieron comenzar a separar el travestismo, la homosexualidad y el transexualismo, todos fenómenos englobados inicialmente bajo el título de “aberraciones sexuales”. El período que va desde los años 1870 a 1920, se encuentra signado por la producción de gran cantidad de información sobre varones y mujeres que se travisten y/o desean adoptar el rol del ‘sexo opuesto’. Se acuñan en esta época términos taxonómicos tales como “sentimientos sexuales contrarios” (Westphal, 1876), “metamorfosis sexualis paranoica” (Krafft-Ebing, 1890), “travestismo” (Hirschfeld, 1910), “inversión sexo-estética” y “eonismo” (Ellis, 1913)¹⁹.

El aumento de ‘casos’ cuyo diagnóstico rondaba en torno a “la inversión sexual”, “el travestismo”, “el hermafroditismo psíquico” y “la homosexualidad”, daba poco a poco entidad a enfermedades ‘concretas’ y diferenciadas trazando los primeros pasos para la construcción de una nosología. Comienza a construirse cierto consenso en torno a que estos términos representaban malestares ‘reales’, que una clase particular de personas

¹⁹Mientras en Argentina fueron los mismos médicos quienes criminalizaron las desviaciones sexuales, en Inglaterra y Alemania algunos de estos profesionales - en ciertos casos homosexuales y/o activistas políticos a favor de las minorías sexuales - trabajaron en un sentido contrario: lucharon desde temprano por terminar con la criminalización. Quizás en esto resida la razón por la que en Argentina debemos esperar a las últimas décadas del siglo XX para desatar la fuerte unión entre criminología, medicina e “inversión sexual”. Ver: Salessi, Jorge (1995) *Médicos, maleantes y maricas*, Rosario: Beatriz Viterbo editora.

podía ‘tener’ o ‘contraer’. El aumento de la literatura médica acerca de estos ‘casos’, permitía consolidar un discurso científico acabado y homogéneo a la vez que soslayar la incertidumbre y la variabilidad.

Los ‘hechos’ científicos son un producto del desarrollo histórico, de modo que no es posible liberarnos de una herencia y un pasado que –aún erróneos- de algún modo siguen vivos en la forma de concebir los problemas, en el lenguaje y en las instituciones. El recorrido a través de la construcción y las mutaciones de diferentes categorías -desde “anormalidades”, “abominaciones”, “aberraciones” hasta patologías específicas: “metamorfosis sexualis”, “inversión sexo-estética” o “eonismo”- nos permite mostrar que “no existeninguna *generatio spontanea* de los conocimientos”, sino que están determinados por sus antecedentes (Fleck, 1935).

La ciencia, del mismo modo que la verdad -o en todo caso, a partir de lo que es considerado “verdadero”-, se legitima sobre la posibilidad de un abordaje neutral, un hallazgo de lo esencial que habita inherentemente en los objetos esperando ser descubierto. En este sentido, todas las categorizaciones que mencionamos refieren a un sexo ‘esencial’, ‘verdadero’ y a una posterior “mutación” hacia ‘el otro sexo’. Parece como si desde el comienzo los conceptos e ideas hubieran estado presentes, como si su mera aplicación consecuente hubiera proporcionado el “descubrimiento”. La verdad se convierte en una cualidad que existe objetivamente y los investigadores quedan calificados en dos clases: los que no encuentran la verdad y los que sí la encuentran.

Hacia la búsqueda de una sexo ‘verdadero’

*Es en el terreno del sexo donde hay que buscar
las verdades más secretas y profundas del individuo;
es allí donde se descubre mejor lo que somos y lo que nos determina*

(Michel Foucault, 1985)

Fieles al sendero inaugurado por Foucault, nos embarcamos en evidenciar cómo el poder ejercido por la ciencia sobre la sexualidad ha llegado a producir un discurso “verdadero” sobre el sexo y a habilitar una serie de intervenciones en los cuerpos, en las

conductas, en pos de esa verdad. “Pronto comprenderán que la historia de occidente no se puede disociar del modo en que la ‘verdad’ se produce e inscribe sus efectos” (Foucault, 1977, p.46).

La expresión “abrir la caja negra” (Woolgar, 1991) refiere a dismantelar y evidenciar los procesos por medio de los cuales el conocimiento científico se produce. Esta elección en el enfoque metodológico nos obliga a deconstruir los procesos, las relaciones y los discursos que se presentan como “naturalmente verdaderos” y acabados en la “ciencia hecha” (Kreimer, 2005). Quedan así reveladas las condiciones de producción, las relaciones sociales, las estrategias de los actores y de quienes buscan imponer su perspectiva a otros actores. La ciencia como producto de la modernidad se presenta a sí misma como un conocimiento lógico, que controla la falibilidad mediante el rigor de su metodología, y que se centra en lo empírico desconociendo el proceso de construcción. Por lo tanto, el conocimiento se legitimará como científico, en tanto tenga una ordenación lógica -que sería en definitiva un reflejo o correspondencia de la ordenación lógico-matemática del mundo- y en tanto su método permita eliminar las ‘contaminaciones’ subjetivas.

El paradigma naturalista es una de las principales tradiciones del pensamiento occidental y la base sobre la que se erigen algunas de las ‘asunciones ontológicas’ del conocimiento médico (Gordon, 1988). Los principios dualistas que funcionan como base de muchas de las construcciones teóricas que efectúan los profesionales de la salud responden a una serie de distinciones subyacentes entre: naturaleza/cultura, materia/espíritu, cuerpo/mente, objetivo/subjetivo, realidad/experiencia. Dentro de esta enumeración también incluimos la dualidad sexo/género, siendo el sexo descrito como biológicamente anterior, esencial y el género como una construcción socio-cultural, o la experiencia y percepción subjetiva que tiene cada persona de su propia sexualidad. Siguiendo el planteo de Foucault, “Será menester poner en duda la distribución originaria de lo visible y lo invisible, en la medida en que ésta está ligada a la división de lo que se enuncia y de lo que se calla: entonces aparecerá, en una figura única, la articulación del lenguaje médico y su objeto” (1978, p. 4).

El sexo, asociado al orden natural, se presenta en el discurso como una realidad con significado propio cuya entidad le está dada 'por sí misma', más que por las relaciones que establece con el contexto. El proceso de sexuación es una de las primeras intervenciones biomédicas que se practica sobre los seres humanos, incluso antes de nacer -como actualmente lo posibilita la tecnología diagnóstica por imágenes-. Así, los profesionales de la salud traducen signos –en este caso genitales- en marcadores, otorgándoles una significación y con ello una identidad al sujeto, a través de adscribirlo a una de dos condiciones posibles. Los 'efectos materiales' de dicha lectura científica se plasman luego en los documentos registrales que organiza el Estado para el control de la población, tanto en la partida de nacimiento como en el documento de identidad se categoriza a los sujetos en base a dos opciones posibles y mutuamente excluyentes: femenino o masculino.

Al abrir la "caja negra" de la producción biomédica de cuerpos sexuados, pretendemos desandar el proceso por el cual el sexo buscó objetivarse como una realidad preexistente, cuya 'verdad' debía estar anclada en "algún rincón del organismo".

La noción tan poderosa desde el siglo XVIII, de que debía haber algo exterior, interior o que comprometiese todo el cuerpo, que definiera al macho como opuesto a la hembra y que diera fundamento a la atracción de los opuestos está por completo ausente en la medicina clásica o renacentista. En términos de la tradición milenaria de la medicina occidental, que los genitales se convirtieran en signos de oposición sexual es cosa de la semana pasada (Laqueur, 1990, p. 54).

Hacia 1817, Henry Marc apuntaba a diagnosticar el 'verdadero sexo' apoyándose en el examen de la morfología genital externa y ante todo recomendaba no tener en cuenta la opinión del propio afectado. Esta operación de 'objetivación' vino a reforzarse posteriormente con el uso del microscopio y del espéculo, ya avanzado el siglo XIX, sin embargo todo ello parecía insuficiente. A fines del siglo XIX cobró popularidad la técnica de Klebs, que consistía en el análisis histológico de las gónadas, a esta técnica le siguieron

la lamparotomía y luego las biopsias de piel en el siglo XX (*chromosomal sex skin biopsy*, 1954). Sin embargo, el 'verdadero sexo' se escondía cada vez más en las profundidades del organismo y se volvía cada vez más difícil 'determinarlo' a partir de un parámetro unívoco. A principios del siglo XX Blair Bell abrió un nuevo territorio de búsqueda: las secreciones internas; delineando a partir de allí la diferencia sexual no tanto como estructura acabada, sino como un proceso gradual y dinámico. Con el avance del siglo XX fueron las hormonas las que se hallaron 'sexualmente marcadas', sin embargo los propios trabajos de Ernest Laqueur y Zondek en los años '30 también dieron por tierra la posibilidad de determinar una 'verdadera sexualidad' caracterizada únicamente en base a "hormonas masculinas" y "hormonas femeninas".

Oudshroom (2004)²⁰ desanda el recorrido que ha llevado a la biomedicina a concebir el concepto de hormonas sexuales, como una especie de "mensaje químico" de masculinidad y feminidad. En "la química del cuerpo" los fármacos se cubren de cualidades "femeninas" o "masculinas", como si éstas fuesen capaces de producir los estereotipos culturales que caracterizan a ciertas identidades de género. La "carga hormonal" es parte del argumento que justifica y construye la diferencia sexual, hasta el punto que se atribuye "un género" a las hormonas sexuales (andrógenos y estrógenos) como si estas fuesen exclusivamente "masculinas o femeninas" y se presentan como determinantes de la identidad de la persona.

Muchos pensaban que yo iba a convertirme en un hombre instantáneamente. Como si la hormona portara consigo la masculinidad (...) Las hormonas no son otra cosa que drogas. Drogas políticas. Como todas las drogas. En este caso, la sustancia no sólo modifica el filtro a través del que decodificamos y recodificamos la realidad, sino que modifica radicalmente el cuerpo y, por lo tanto, el modo en el que somos decodificados por los otros (Preciado, 2008, p.283).

²⁰ En su trabajo *Beyond the Natural Body* (2003) traza una arqueología del concepto de hormonas sexuales, dando cuenta de su construcción como un 'marcador' de género y de la importancia que cobran en tanto se pueden sintetizar y volver un objeto de mercado.

El abordaje médico-científico de la sexualidad ofrece un paradigma extremadamente poderoso para generar conocimiento, al tiempo que produce una representación parcial y fragmentada de ella. En ese sentido, se ‘revelan’ y ‘materializan’ fragmentos-sexo genital, hormonal, psicológico, genético, etc.- que resultan abstraídos del tiempo y del espacio; al tiempo que se categorizan, se establecen como verdaderos dos sexos posibles: masculino o femenino.

La epistemología no produce dos sexos opuestos por sí misma, sino sólo en relación a determinadas circunstancias históricas y políticas (Foucault, 1968). La categorías se construyen en una constante relación de tensión con la realidad extralingüística que nombran: “La red de asociaciones de género que se da en el lenguaje característico de la ciencia no es natural ni autoevidente, sino contingente y aterradora” (Keller, 1991, p. 20). La llamada “epistemología de la representación” reúne las propuestas que apuntan a una definición figurada y a una relación espejada entre sujeto-objeto y su consecuente posibilidad de objetividad.

Los avances en genética y endocrinología complejizaron la noción unívoca de ‘sexo biológico’, en tanto pasó a concebirse como determinada por múltiples aspectos que no se presentan necesariamente como coincidentes, e incluso problematizaron su inmutabilidad. Y si bien se introdujo una lectura que habilita pensar lo femenino y lo masculino en términos graduales, ello no logró romper completamente con el binarismo.

La aparición a mediados del siglo XX de la categoría género²¹, como parte de la escisión ya planteada al concepto de sexo en ‘biológico’ y ‘psicosocial’, inauguró un nuevo paradigma en torno al abordaje de las sexualidades. La propia ciencia biomédica ha incorporado a partir de la década del ’50, un discurso que socava en parte el biologicismo reconociendo el carácter socialmente construido de la identidad de género (Nieto, 2008) y planteando una distinción entre un ‘sexo biológico’ y un ‘género (psico)social’. Las categorizaciones de “intersexualidad”, “transexualidad” y “disforia de género” constituyen poderosos cuestionamientos y cercenan la relación unívoca entre sexo/género producto,

²¹ En 1962 la nueva edición del Oxford English Dictionary, afirma que ‘sexo’ y ‘género’ ya no son más términos equivalentes.

en parte, de la crisis de la modernidad para el esencialismo biologicista. A la vez, dan cuenta de la interrelación y la mutua influencia entre las modalidades de razonamiento científico de una comunidad y las estructuras sociales de la época en que se insertan.

Si bien los trabajos de Money y Stoller en las décadas de los '50 y '60 no fueron los primeros que habilitaron la posibilidad de distinguir entre sexualidad biológica y sexualidad psíquica, ya lo había hecho Freud en sus ensayos²², fueron quienes popularizaron el concepto de 'género'²³. Partiendo de una perspectiva psicológica articularon tres cuestiones básicas: la asignación de género (en el momento del nacimiento a partir de la apariencia externa de los genitales); la identidad de género (desarrollada entre los dos y tres años al momento de adquisición del lenguaje) y el rol de género²⁴ (conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino). Este nuevo paradigma coincide, por un lado, con las propuestas del kleinismo y la psicología del *self* en pleno auge en ese momento, y por otro, con el desarrollo de una serie de estudios en el campo de la sociología que analizan los 'roles' o 'papeles' que juegan los individuos en la sociedad, cuyos planteos originales corresponden a Talcot Parsons en la década del '50. Él fue uno de los fundadores de la corriente del interaccionismo simbólico y los enfoques sistémicos, bajo la premisa de que las propiedades normativas de las organizaciones sociales son introyectadas por los individuos. Así, el actor social y sus roles resultan definidos por esta particular interiorización de lo social²⁵.

Como plantea Young (1994), la categoría género luego fue apropiada por el movimiento feminista para criticar y rechazar los enfoques tradicionales que pretendían definir de forma unívoca "la naturaleza de lo femenino" a través del sexo 'biológico'. La

²²Ver: *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905) y *Más allá del principio del placer* (1920)

²³ Money en 1955 introdujo el término 'rol de género' y Stoller (*Sex and Gender*, 1968) habló por primera vez formalmente de identidad genérica, ambos en el campo de la psicología en la vertiente médica.

²⁴Dichos estudios lo llevaron a Stoller a concluir que la asignación y adquisición de una identidad es mayor que la carga genética, hormonal y biológica.

²⁵Como parte de sus contribuciones a la antropología médica, Talcott Parsons identificó a la enfermedad como un 'desvío' de un estado inicial de salud, que funciona como pre-requisito para el mantenimiento de la estructura social. Con el concepto de *sick role* (rol o papel de enfermo) la medicina se constituye como un sistema productor de 'normalidad' y a la vez, como un campo que regula la interacción social. Además, la teoría de Parsons fundó las bases para la concepción de un 'sistema médico' (como modelo conceptual) y estableció una primera distinción entre los conceptos de *illness* y *disease* (Parsons, 1951).

diada conceptual sexo/género y sus implicancias dieron lugar a una serie de debates y divisiones al interior del pensamiento y la producción de la teoría feminista (por un lado las propuestas de Haraway, Butler, Fausto Sterling, etc., y por otro, las de Beauvoir, Oakley, Rubin, Irigaray, Kristeva, entre otras).

A partir de la década de los '90 se plantea que la categoría género, para ser operativa, debe dejar de lado la base dual que sostenía hasta ese momento. Así, se comenzó a pensarla como una categoría analítica que permitiera incluir y comprender realidades identitarias múltiples y complejas según los contextos histórico-sociales y culturales. De este modo, el concepto de género permitía a la vez romper con el determinismo biológico, la identificación 'naturalizada' entre sexo y género e ir más allá del modelo dicotómico. "Al limitar la teorización del género al binomio masculino/femenino estamos reificando su formulación normativa actual e invisibilizamos las formas en que ésta es subvertida, desplazada, amenazada. El planteo de una estructura binaria, se expresa como 'género normativo'" (Butler, 2006, p.69).

LA CONSTRUCCIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD COMO UN "HECHO CIENTÍFICO"

*Los hechos, My Lord, son como las vacas.
Si se los mira fijamente a la cara,
en general, se van corriendo.*

(Dorothy Sayers citada por Knorr Cetina, 1995)

La intención de este apartado es mostrar las modalidades de producción y dinámicas de legitimación del conocimiento que operan en las ciencias de la salud respecto de la experiencia trans. En este sentido, desandamos algunas de las "asunciones ontológicas" de la biomedicina que ofrecen sustento a las construcciones cognitivas acerca de "los hechos", "lo verdadero", "la subjetividad", las "pruebas y marcadores" diagnósticos, así como respecto de "los saberes" y "la autonomía" de los sujetos. Al dar cuenta del proceso de construcción de la transexualidad como un "hecho científico", la

concebimos como producto de relaciones, negociaciones y explicaciones de orden social, más que como una interpretación o representación de la realidad ‘natural’.

Las personas trans ponen en cuestión dos de los principales postulados y ‘asunciones ontológicas’ de la biomedicina acerca de la sexualidad: por un lado que el género -como la expresión psicosocial y la identidad que las personas perciben y manifiestan- se halla en concordancia con el sexo ‘biológico’; por otro que ‘la verdad’ respecto de la identidad del sujeto está dada por su genitalidad.

Todo campo de saber/ poder, resulta de una construcción histórica y requiere de cierta legitimación social. En el caso de la transexualidad, se ha conformado como un pequeño subcampo dentro de la biomedicina a partir de que dicha experiencia lograra configurarse como un fenómeno con características particulares; a la vez que se erigía como un ‘trastorno’ y una experiencia medicalizable, diferente de otras, como la homosexualidad o el travestismo. En este sentido, fue tomando forma un espacio de saber e intervención específico acerca de los cuerpos y las sexualidades; delimitando y constituyendo en un mismo movimiento aquellas ‘desviaciones’ plausibles de ‘tratamiento’ y por ende, de ‘reencauce’, y aquellas que no lo eran.

El sexólogo David Cauldwell (1949) fue el primero en hablar de “transexualismo”, en el sentido moderno del término, para hacer referencia a personas que desean intervenir sus cuerpos para “cambiar de sexo”. Woolgar(1991) describe un modelo de separación e inversión del “descubrimiento” que habilita una forma de explicar cómo el discurso constituye sus objetos. Partiendo de la idea que el descubrimiento es un proceso, propone un modelo de cinco etapas. En la primera etapa los científicos parten de documentos (datos, tablas, publicaciones, artículos, discursos, etc.), en la segunda etapa utilizan y reelaboran esos documentos para proyectar la existencia de un determinado objeto. En la tercera etapa se produce una separación, aunque el objeto se ha constituido en base a los documentos, y en sentido amplio al entramado social del que forman parte, ahora se presenta con una existencia independiente, un objeto con vida propia. En la cuarta etapa la relación se invierte, parece como si el objeto –que siempre ha estado ahí– hubiera dado lugar a los documentos, y estos adquieren el carácter de representaciones o

trazos, documentos “de algo”. La quinta y última fase, se propone mantener la relación invertida a partir de la minimización, negación u ocultamiento de todas las partes del proceso detallado. En este último lapso se reescribe la historia para dotar al objeto descubierto de su fundamentación ontológica; a la vez, considerar la existencia del objeto como algo anterior supone ver al observador como un sujeto pasivo, más que activo.

El foco de la producción de conocimiento médico está ubicado en aquellas manifestaciones de la ‘anormalidad’, en identificar lo que se desvía de la norma, más que en la formulación de regularidades. Justamente, la posibilidad de establecer generalidades, tanto respecto de la sintomatología y desarrollo de un malestar como de una serie de estrategias terapéuticas, sólo fue posible a partir de soslayar los casos individuales observados y estudiados. En la teoría empirista del conocimiento médico, las enfermedades son entendidas como entidades biológicas o psico-fisiológicas universales, que son el resultado de lesiones somáticas o disfunciones. De este modo la medicina se orienta a crear significación (Friedson, 1978), allí donde dicha significación o interpretación no existían antes y sólo había un puñado de experiencias.

Conrad brinda un curioso ejemplo para comprender el carácter moral y político de las designaciones médicas: en 1851, Samuel Cartwright, un médico en el sur de Estados Unidos, publicaba un artículo en una revista médica describiendo la enfermedad “drapetomanía” que afectaba a los esclavos y cuyo principal síntoma era huir de las plantaciones de sus amos blancos (Cartwright, 1851 citado en Conrad, 1985). El problema que considera Conrad es que en la medida que las designaciones y prácticas del modelo biomédico se suponen moralmente neutras y universales no son consideradas juicios morales, sino hallazgos de hechos objetivos y verificables (Roca, 2011, p.15)

Nuestra propuesta apunta a identificar las categorizaciones y prescripciones médicas que organizan y dan forma a las intervenciones; sin desconocer las bases ontológicas y epistémicas que guían la construcción de razonamientos en la práctica

clínica. En este sentido, la mirada epistemológica permite visibilizar los mecanismos cognoscitivos que han dado forma a la transexualidad, como una entidad nosológica diferenciada. La afirmación: “la persona normal tiene dos ojos”, no es un acto cognoscitivo sino que se trata de un relato o descripción de ‘la realidad’ o de ‘la existencia’. Esa ‘realidad’ es asimilada al relato de la naturaleza y se tiñe de “normalidad”, en el mismo momento en que encaja dentro de las reglas morales socialmente aceptadas. Del mismo modo podría considerarse la afirmación: “si tiene vagina es niña y si tiene pene es varón”, como la delimitación de dos mundos/conjuntos que se excluyen mutuamente. En esa línea de razonamiento cuando “la realidad” de un caso no coincide con la “naturaleza” y la “normalidad”, se lo tilda de anormal y por ende, de patológico. Es por ello que se vuelve imprescindible visibilizar el sistema valorativo subyacente en la construcción de la transexualidad por parte de la biomedicina y su rol normativo respecto de las prácticas sociales.

Como parte de una amalgama primitiva de malestares muy diversos, que sucesivamente se fueron cristalizando en diferentes entidades “nosológicas” fueron emergiendo: la homosexualidad, el travestismo, el hermafroditismo o intersexualidad y la transexualidad²⁶. Todo ello en el marco de un creciente interés por la sexualidad humana y un aumento de las investigaciones y las publicaciones en esa área, que dieron lugar al posterior surgimiento de la sexología, como un campo de saber especializado. A su vez, paulatinamente algunas de esas experiencias se volvieron pasibles de abordaje médico y por lo tanto de intervención, dando lugar a la conformación de un dispositivo de “tratamiento” cuya finalidad era “el reencauce o la cura”.

Es significativo que llevara tantos años producir “avances científicos” en el tema, dado que la descripción de ‘casos’ en la literatura médica puede rastrearse desde varios siglos atrás. Entendemos que hizo falta un proceso de colonización del campo de la sexualidad por parte de la ciencia, en tanto se trataba de un área dominada por la religión y los cánones morales, o incluso directamente vedada -quedando en el límite de la

²⁶ En 1974 surge el concepto de disforia de género, con la intención de distinguir la “transexualidad primaria o verdadera”, en que las intervenciones quirúrgicas de reasignación resultan terapias ‘beneficiosas’.

intimidad de cada sujeto-. Los casos de personas que vivieron durante años -y “pasaron”- como sujetos de un género y apariencia distinta a su sexo genital son numerosos y bien documentados a lo largo de la historia. Está claro que no fueron las observaciones empíricas las que llevaron a la construcción de la transexualidad como un malestar específico, sino que en la misma intervinieron otros factores: tecnológicos, sociales, morales, políticos.

En el siglo XVIII aún no se era libre para cambiar el concepto místico-ético de la transexualidad – fuertemente asociada al hermafroditismo- por uno científico-natural y patológico. En este sentido, Fleck ([1935], 1986) refiere a un estilo de pensamiento, una conexión de estilo, un influjo recíproco entre los conceptos que caracterizan una época. “La historia enseña que pueden producirse fuertes disputas sobre la definición de los conceptos. Esto demuestra en qué poca medida a las convenciones posibles, iguales desde el punto de vista lógico, se les otorga un valor similar, y esto independientemente de razones utilitarias de cualquier tipo” (Fleck, [1935], 1986 p. 55). La confluencia de ideas tan dispares y contradictorias, estaba poco entrelazada en el tejido del saber para ser una realización definitiva, para tener una existencia objetiva y firme, para aparecer como un indudable “hecho”.

El ‘sexo natural’ ya no es el resultado de la biología, sino de nuestra necesidad de hablar sobre el mismo. El llamado ‘sexo biológico’ no proporciona un fundamento sólido a la categoría cultural de género, y además amenaza constantemente con subvertirla. Los científicos modernos fantaseaban –y todavía lo hacen- con la idea de descubrir la ‘verdad biológica’ del sexo en el cuerpo humano, objetiva y llanamente, sin distorsiones. Para eso buscaban describir un sustrato biológico, anterior a cualquier intervención social. Los criterios de científicidad necesitan de una profundidad ‘estable’ que sea el momento previo, a toda acción social de la superficie (Butler, 2008)

Reordenando las ambigüedades

Bodies are not born, they are made.

(Donna Haraway, 1989)

Luego de haber presentado la epistemología que rige la mirada científica moderna, contraponemos y recuperamos los planteos de Latour y de Haraway para cerrar este capítulo. En el primer caso la noción de “inscripción” (Latour, 1987) viene a cuestionar la preexistencia y la autonomía de los objetos de investigación, evidenciando el proceso por el que llegan a constituirse como tales. En un juego de manipulaciones, transformaciones, traducciones y desplazamientos se tejen los hechos y los discursos que dan cuenta de ellos; al “abrir la caja negra” constatamos que entre un objeto y su inscripción no hay una relación “representacional”, sino una “mediación material”. En el segundo caso, la propuesta de Donna Haraway (1991) se constituye como alternativa relacional a la epistemología “de la representación” en tanto los objetos y los hechos, los conocimientos o los discursos y los agentes resultan configurados en un ejercicio cognitivo caracterizado por la dispersión y la mixtura, más que por la unidad/identidad. La epistemología de la articulación es una epistemología *cyborg*, que no apunta a construir una representación formal y desinteresada sino a conformar alianzas materiales a partir de afinidades que conjugan relaciones sociopolíticas, entidades humanas y no humanas.

El tratamiento biomédico de la transexualidad y el dispositivo médico-legal que se ha montado en su nombre, pueden leerse como parte del accionar de la biopolítica en la sexualidad. Los desarrollos en las áreas de la bioquímica, la embriología, la endocrinología, la psiquiatría y la cirugía han permitido acceder a cierto espacio de control sobre el sexo de las personas. Todo este conjunto de mecanismos promueve una ruptura (y nueva articulación) de referencias identitarias, lazos sociales, tiempo lineal y tiende a disolver las fronteras entre naturaleza y artificio.

Los cuerpos trans son inicialmente “cuerpos que engañan”, en torno a la ‘verdad del sexo’ de sus portadorxs. No es en la genitalidad, ni en las hormonas, ni en la genética donde se aloja el ‘sexo verdadero’ de las personas trans. A lo largo de la obra de Michel Foucault (1990, 1996, 2007) el sexo es abordado como el núcleo biopolítico donde se

anudan, a la vez, el devenir de nuestra especie y nuestra 'verdad' como sujetos humanos²⁷.

La idea de que existe una relación oscura, compleja, esencial entre sexo y verdad está fundada en afirmaciones no sólo de filósofos, psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos, sino también está fuertemente arraigada en el sentido común²⁸. Somos más tolerables con aquellas prácticas que atentan contra la ley, que aquellas que percibimos como un insulto a la verdad. Para la cultura occidental es posible admitir que una persona utilice ropa y tenga conductas diferentes del sexo al que pertenece 'biológicamente', es concebible que existan "hombres viriles y hombres pasivos", que dos personas del mismo sexo se enamoren e incluso quieran casarse y tener hijos; pero de ningún modo admitimos que no se trate de algo así como de un 'error', o algo que 'anda mal'. Pero un error entendido en el sentido más filosófico del término: un modo de actuar que no se adecua a la 'realidad' (Foucault, 1985, p. 10).

En lo que denominamos gestión biopolítica de los cuerpos transexuales, la ciencia médica ha construido el saber autorizado. Lo que ha dado lugar a la activación de una serie de resortes médicos y tecnológicos dirigidos a desvelar qué se oculta detrás de la 'indefinición sexual'. Todos los esfuerzos dedicados a elaborar categorías, definiciones, criterios y protocolos para 'diagnosticar' la transexualidad, así como el auge en investigación y desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas para 'corregirla', revelan la inquietud que provoca dentro de nuestro orden sociocultural la ambigüedad y lo 'inclasificable' en relación al sexo, al género y a la sexualidad. Los mandatos de uno y sólo un sexo unívoco y fijo a lo largo de toda la vida, el dimorfismo sexual que actúa como base

²⁷ En *El género en disputa* (2001), Judith Butler también hace referencia a una permanente búsqueda de un sexo verdadero, hallarlo parece ser una necesidad imperiosa para la biomedicina en su urgencia por reproducir la norma heterosexual.

²⁸ Es la conjunción de estas dos ideas (que no debemos permitirnos engañarnos a nosotros mismos respecto del sexo, y que nuestro sexo aloja lo que es más verdadero en nosotros) sobre las que el psicoanálisis arraigó su eficacia cultural. Nos prometió al mismo tiempo, nuestro sexo, nuestro sexo verdadero y que toda la verdad acerca de nosotros, estaría secretamente contenida en él.

y la heteronormatividad reinante; obligan a adscribir a los sujetos en una categoría sexo-genérica única y concordante.

CAPÍTULO II

Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad.

Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades

95

En este capítulo presentamos una cartografía de las principales controversias que atraviesan la experiencia trans. Si bien nos centramos específicamente en el debate en torno a la etiología del ‘malestar’, también recuperamos inicialmente las disputas que rodean las intervenciones corporales –particularmente las cirugías- y en segundo lugar, aquellas que atraviesan la categorización de la experiencia como un trastorno psiquiátrico.

Ante la complejidad de las perspectivas y la circularidad que muchas veces se presenta en los discursos, hemos construido un modelo de abordaje a partir de ejes temáticos y actores, que permite ordenar la redacción y la lectura. La intención de visibilizar la red de actantes y los intermediarios que ponen en circulación, así como los procesos de constitución de agencia, es poder cuenta de las diferentes instancias que conducen a la generación de consenso y a las modalidades de estabilización y clausura

que operan en las controversias. Para ello, nos servimos de una selección de narrativas científicas, a partir de un análisis de la producción de conocimiento que dichos actores ponen en circulación, en este sentido, identificamos un conjunto de voces que se presentan como ‘más autorizadas’ y ‘legítimas’ que otras para construir enunciados.

Para finalizar introducimos brevemente una tercera postura, la Teoría Queer, que se desprende de las ciencias sociales, particularmente de los estudios de género, cuya aparición ha significado una ruptura con los paradigmas anteriores en tanto sostiene un enfoque constructivista de la identidad (Butler, 1993) y propone una desnaturalización de las nociones de sexo, género y sexualidad. Esta lectura inherentemente política, traslada la experiencia transexual del campo patológico al campo del deseo y la elección autónoma, a la vez que invierte el foco del malestar del individuo a la estructura social.

Artificios para ordenar la lectura

Nosotros, investigadores, usuarios, patrocinadores, ciudadanos simples, estudiantes o periodistas, nosotros todos enfrentamos una nueva cuestión: ¿cómo podríamos visualizar todas las versiones de oposición de los problemas tecnológicos y científicos, que, en cada materia interesante, requieren nuestra atención y nuestra deliberación? ¿Cómo podríamos encontrar una objetividad que no mienta en un silencio respetuoso, sino en el rango de visiones contradictorias sobre los mismos problemas? ¿Cómo podríamos volver a conectar a todas estas versiones para construir nuestra propia opinión? Éste es el desafío de la cartografía de la controversia

(Latour, 2007)

A partir de recuperar la perspectiva de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (ESCT), particularmente el abordaje teórico-metodológico del estudio de los sistemas socio-técnicos (SCOT) y de la Teoría del Actor-Red (TAR) realizamos un mapeo de algunas de las principales controversias que atraviesan la experiencia transexual. Abordamos el análisis de un conjunto de producciones científicas y sus fundamentos teóricos, centrándonos en aquellos aspectos de nuestro objeto sobre los que existe una manifiesta ‘incertidumbre’; como el origen o etiología del malestar, o las modalidades más adecuadas para el ‘tratamiento’. Además, a través de la descripción de los procesos de

mediación y mutua determinación que permiten “dar voz” a diferentes actores/grupos sociales humanos y no-humanos, visibilizamos la micropolítica de los procesos de constitución de agencia y las dinámicas que favorecen la estabilización de ciertas controversias. Como ya mencionamos, una de las modalidades que permite abrir la “caja negra” de la producción de conocimiento es el análisis de controversias (Woolgar, 1991). Definimos las controversias como los discursos sobre ciencia y tecnología que habilitan cursos de acción, que aún no están completamente estabilizados y sobre los que existe una “incertidumbre compartida” (Venturini, 2010). Sostenemos que las controversias despliegan lo social en su forma más dinámica; al involucrar toda clase de actores humanos, organizaciones sociales y políticas, no humanos, instituciones, elementos biológicos y artefactos técnicos, son la más clara demostración que las fronteras estancas entre las diferentes “esferas de conocimiento” no pueden seguir sosteniéndose.

Con la intención de ordenar la lectura y evadir la circularidad, que por momentos evidencia la investigación, proponemos un ordenamiento a partir de la identificación y caracterización de actores y dispositivos político-institucionales alineados en una postura o hipótesis. Reconstruimos estas tradiciones teórico-conceptuales a partir de una serie de características comunes, que se condensan en las producciones científicas de cada una de ellas, pero a la vez que se materializan en prácticas de producción de conocimiento, intervenciones y filiaciones institucionales diferenciadas.

Entendemos que la dinámica del mapeo contribuye a comprender la flexibilidad y multiplicidad de perspectivas que pueden operar en la interpretación, a la vez que pone de manifiesto las modalidades de traducción y logro de consenso que operan en la producción de conocimiento científico, evidenciando el carácter ideológico de un saber que se reivindica como ‘neutro’.

La transexualidad como problema social y como problema científico. Debates sociales y debates científicos

*La creencia de una sociedad separada de la ciencia y de la técnica
es el producto del modelo de difusión (...)
¡De este modo se llega a suponer que hay tres esferas,*

*la ciencia, la tecnología y la sociedad,
que obligan a estudiar el impacto de cada una de ellas sobre las otras!*

(Latour, 1989)

La visibilidad adquirida recientemente por la transexualidad como cuestión social, como dimensión de la salud, de los derechos y aún como objeto científico, ha generado diversos posicionamientos, categorías, prácticas y sentidos construidos que condicionan la producción de conocimientos y la implementación de acciones desde el Estado, en cuanto políticas, para dar algún tipo de respuesta al tema. Con la intención de abordar los procesos de investigación y su validez y las negociaciones sobre los sentidos sociales y políticos construidos en torno al problema, recuperamos un análisis de las relaciones entre la emergencia de problemas sociales y el desarrollo de conocimientos científicos orientados hacia ellos (Latour, 1983); así como las propuestas de ‘soluciones’ a problemas de conocimiento como soluciones a problemas de orden social (Shapin y Schaffer, 2005).

Tal como propone Latour (1983) nos empeñamos en superar las divisiones entre el abordaje de los problemas “macrosociales” y de los “micro” estudios de laboratorio, a la vez que la propuesta es superar los muros que separan el “adentro” -de los hospitales, consultorios, quirófanos y laboratorios- del “afuera” en que se conforman las relaciones, se significan los cuerpos, se desenvuelven las performances. A la vez, es en el “afuera social” que se constituyen y mantienen los ordenamientos duales y heteronormativos que mantiene interesados e implicados a los diferentes grupos sociales, haciendo de la experiencia trans “una cuestión pública”.

Como ya mencionamos, la transexualidad se conforma como un problema médico entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX, como parte del avance de la biomedicina en la definición y ‘tratamiento’ de experiencias caracterizadas como ‘desviaciones’. Posteriormente, las controversias en torno a su abordaje, categorizaciones e implicancias terapéuticas, hicieron que se tornara una cuestión socialmente relevante, trasladando los debates a la arena política. En este sentido, nos proponemos dar cuenta de la interrelación entre ciencia y sociedad, sin dejar de concebir el territorio científico como particular -con lógicas, lenguaje y prácticas específicas-; a la vez que evidenciar, cómo los

consensos científicos se construyen, negocian y mantienen por parte de diversos actores, no necesaria ni exclusivamente científicos. Así diversos colectivos cognoscentes disputan categorías, reclaman participación en la producción de conocimiento, en sus propios términos. No en todos los casos las relaciones que predominan son de confrontación, como veremos más adelante, también se dan situaciones de apropiación y reproducción del saber ‘experto’; incluso de colaboración, promoción y financiamiento de las investigaciones y los proyectos por parte de los ‘legos’.

A fines de los años ‘60 el fenómeno transexual se vuelve público, varias revistas de divulgación científica tomaban el tema²⁹, se editaron numerosos libros y biografías de las propias personas transexuales operadas³⁰, a la vez que varios programas de TV y periódicos opinaban acerca del tópico. De casos ‘extraordinarios’ o ‘marginales’ y situaciones caracterizadas como individuales, se pasó a un crecimiento de la demanda de “cambio de sexo”. Entre 1960 y 1970, junto a la popularización de las operaciones y las controversias mediáticas que las envolvieron, se produjo el nacimiento de asociaciones internacionales de personas que se identificaban como transexuales y/o portadoras del “Síndrome de Benjamin” y que promovían un fuerte rol legitimador de su experiencia como un ‘problema médico’³¹.

En 1964 surge la *Erikson Foundation de Batom Rouge* (Louisiana), una organización filantrópica cuyos objetivos serán la difusión, estudio y educación en la temática transexual³², favoreciendo la instalación pública del tema y comenzando a subvencionar los primeros proyectos de lo que luego sería la segunda y más importante institución: la *Harry Benjamin Foundation*. Formada también en 1964, realizó su primer congreso en

²⁹ Ver: *Archives of Sexual Behavior, Acta Endocrinológica, Plastic and Reconstructive Surgery, Bulletin del John Hopkins Hospital*, entre otras.

³⁰ Ver: Benjamin (1954, 1966, 1967, 1971), Money y Green (1969), entre otros. Y entre las principales biografías de ese período se encuentran las de: Cowell (1954); Jorgensen (1967); Martino (1977); Morris (1974).

³¹ En este período comienza a popularizarse la existencia de esa “enfermedad congénita”. Un grupo de personas se identifican como ‘portadoras’ del Síndrome intersexual de Harry Benjamin (SHB), que provocaría como ‘síntoma’ la disforia de género. Para ampliar ver: www.shb-inf.org; www.transintersex.blogspot.com; <https://sindromedeharrybenjamin.es.tl>

³² Creada por Reed Erikson ex –paciente de Benjamin, nacido en 1917 como Rita Alma Erikson, que comenzará su proceso transexualizador en 1963. A partir de la Fundación surgió la Unidad Nacional de Ayuda a los Transexuales, y entre 1968 y 1976 se editó el primer *Boletín Trans*, que tenía más de 20.000 suscriptores, a la vez que se puso en marcha una Red Nacional de contacto que aglutinaba a más de 250 médicos.

Londres en 1969; luego pasó a llamarse *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), y publicó el primer protocolo de atención de la salud adoptado en todo el mundo, *Standards of Care for Transsexual Patients*³³, además de la primera publicación científica especializada en el tema³⁴. Estos colectivos cognoscentes si bien disputan, en tanto legos, algunos puntos de vista de los profesionales, presentan una actitud marcadamente colaborativa y subvencionan el abordaje biomédico de la experiencia transexual, así como las intervenciones corporales que se plantean como abordaje “terapéutico”. La inquietud autodidacta y la búsqueda de ‘una explicación’ de lo que les sucede, los moviliza a aprender ‘de’ y ‘con’ los ‘expertos’, a la vez que a nombrarse y a comunicar su experiencia a partir de una apropiación de las categorías que el lenguaje biomédico les ofrece.

En este período, se inaugura un nuevo campo de saber/poder en torno a la “transexualidad” que aglutina a especialistas de diferentes disciplinas. Así, el dispositivo se consolida a partir de la articulación entre discusiones teóricas y prácticas reguladoras de los cuerpos, con la instauración de protocolos médicos y del desarrollo de un conocimiento específico. A medida que aumentaba la producción de literatura médica en torno a estos ‘casos’ se generaba en los lectores y en la sociedad en general, la sensación de que la ciencia había podido develar otro misterio y que se había ganado otra batalla. Al mismo tiempo, comenzaba a construirse cierto consenso en torno a que estos términos representaban malestares ‘reales’, que una clase particular de personas podía tener o contraer. Junto a la popularidad que cobraba el diagnóstico médico, también ganaba difusión la comprensión que la sociedad tenía de lo que significaban esas experiencias y de qué clases de personas resultarían ‘afectadas’ (Dellacasa, 2013).

³³ *Standards of Care for Gender Dysphoria* – 1ra. Versión – Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin”, 1969. La séptima y más reciente versión es de 2011.

³⁴ *The International Journal of Transgenderism*.

Las narrativas científicas de la transexualidad y la transexualidad de las narrativas científicas³⁵

*Las ciencias son uno de los instrumentos
más persuasivos para que existen para convencer a los demás
de qué son y qué deberían querer
(Latour, 1983)*

Las revistas especializadas se tornan en herramientas muypreciadas para el *homo academicus* tanto para propagar ideas y promocionar nuevos hallazgos como para obtener “créditos” y prestigio. Un *paper* responde a una construcción previa de consenso, de modo de maximizar su aceptación a través de la popular modalidad de *peer review* y minimización de los ‘riesgos’ que corren sus autores (Latour y Woolgar, 1980); a la vez que se conforma un ranking de ‘excelencia’ entre las publicaciones más reconocidas de cada disciplina. Tal como expresa Camargo (1994), el proceso de producción de conocimiento puede ser asimilado a cualquier otro ciclo productivo: hay productores, consumidores, canales de difusión o publicidad, canales de distribución, un mercado, etc.

Los textos científicos materializan ciertos pactos de legitimación que permiten seguir sosteniendo una disociación entre los modos de conocer y las formas de intervenir. A la vez que, desde una supuesta autonomía y una pretendida neutralidad, condensan las expresiones más acabadas de una ciencia, objetiva, políticamente silenciada y universal.

A partir de la propuesta de Fujimura y Chou (1994) de analizar diferentes “estilos de prácticas científicas”- redefiniendo el concepto de Hacking (1992) de “estilos de razonamiento científico”- nos focalizamos en describir las características que se ponen en juego y atraviesan la controversia en torno a la etiología de la transexualidad. En este sentido, esta perspectiva analítica nos permite dar cuenta de cómo la misma información – o los recortes que se hacen de ella- puede ser considerada e interpretada de diferentes formas, sirviendo como evidencia a posturas diametralmente opuestas. Cada estilo de razonamiento está situado históricamente, tal como mostramos al reconstruir los inicios y

³⁵ El título remite a un juego de palabras que utiliza Kenneth Camargo en su trabajo (1994) *As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids, Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ.*

las trayectorias intelectuales de las posturas ‘ambientalistas’ e ‘innatistas’. Sin embargo, como sugiere Hacking (1992), luego cada estilo ha devenido autónomo de sus orígenes históricos para convertirse en único, como canon de objetividad. Así, tal como evidenciamos en el análisis, cada estilo de razonamiento tiene sus propias características, sus propias técnicas auto-estabilizantes, auto-regulatorias, desarrolladas a lo largo del tiempo que se usan para verificar teorías dentro de un marco de referencia propio de ese estilo (Hacking, 1992, p. 6) Aquí, podemos vincular ciertos planteos de Hacking con la propuesta de Fleck desarrollada en el Capítulo I, acerca de la objetividad y la verdad. En este apartado, la intención es mostrar cómo efectivamente se construyen los modelos, cómo se mide la objetividad, cómo se conforman los resultados ‘verdaderos’ y se expanden más allá del terreno experimental y de las fronteras del laboratorio.

Nuestro análisis pretende identificar cómo las construcciones teóricas pasan a ser percibidas luego como ‘objetos naturales’ y como consecuencia de ello, se pierde de vista todo el proceso de elaboración, lo que dificulta profundamente el ejercicio crítico de los profesionales respecto de su propio saber. No apuntamos aquí a discutir la efectividad de los modelos causales, si las propuestas terapéuticas son más o menos apropiadas, ni cualquier otro tema ligado a la veracidad de los conocimientos producidos. Por el contrario, buscamos centrarnos puntualmente en los procesos de producción de conocimiento y alejarnos lo más posible, de las propuestas normativas con la mencionada orientación. “Lo real” es el resultado del cierre de una controversia, no su causa (Latour 1980, 1987).

UNA RECONSTRUCCIÓN DE LINAJES INTELECTUALES A PARTIR DE NARRATIVAS DISCIPLINARES

*Los científicos del mundo no dudan de su institución,
ellos están mucho más unidos que los poderosos o los proletarios,
forman un grupo social homogéneo y casi monolítico,
con estrictos rituales de ingreso y ascenso,
y una lealtad completa –como en el ejército y la iglesia–
pero basada en una fuerza más poderosa que la militar o la religión:
la verdad, la razón... en pocos campos es nuestra dependencia cultural
más notable que en éste y menos percibida.*

Trabajé con una selección de más de cincuenta publicaciones académicas entre artículos en revistas especializadas y capítulos de libros, privilegiando en dicho recorte las más referenciadas³⁶. Una de las estrategias metodológicas que utilicé fue la de seguir y analizar las trayectorias de difusión de ciertas ideas, a partir de recurrir a la arqueología de los discursos (Foucault, 1979).

Analizar las discusiones en torno a diferentes teorías de la sexualidad humana, nos permite evidenciar cómo las teorizaciones científicas son objeto de fuertes controversias sociales, políticas y morales. A través de la reconstrucción y mapeo de la controversia que rodea la etiología de la transexualidad, identificamos dos posturas enfrentadas³⁷ -la ambientalista, proveniente del campo *psi*,³⁸ y la innatista- cuyos fundamentos teóricos, nosologías y principios ideológicos han dado forma a los discursos y las prácticas, condicionando y moldeando el dispositivo de la transexualidad³⁹. Sostenemos que dilucidar dicha controversia puede contribuir a nuestra comprensión y desestructuración del dualismo naturaleza/ cultura, así como a advertir los vínculos entre ciencia y sociedad.

Una lectura crítica de diferentes aproximaciones *psi* y de las biociencias a la temática, me permitió elucidar la estructura profunda que funciona como base a las teorías, a la vez que identificar un conjunto de representaciones y fundamentos teóricos en torno al género y la sexualidad que sustentan las hipótesis, las categorizaciones y guían las prácticas de los profesionales.

Los planteos y trayectorias que se presentan como ‘fundantes’ -en particular aquellos argumentos que pretenden dar respuesta ‘al origen’ de la transexualidad y a los ‘indicadores diagnósticos’- son sucesivamente retomados, discutidos y reformulados por

³⁶ Ver el detalle y los datos completos en el cuadro ubicado en los anexos.

³⁷ La división entre posturas es una estrategia analítica que nos permite caracterizarlas y ordenar la redacción. En la práctica no existe una división tan tajante y muchos trabajos recurren a argumentos ‘mixtos’, aunque siempre prevalece alguna de las dos argumentaciones.

³⁸ No obstante las grandes diferencias interpretativas y de abordaje terapéutico de los profesionales de la psicología, de la psiquiatría y el psicoanálisis, en Francia comenzó a utilizarse el prefijo *psi* para aludirlos indiferenciadamente.

³⁹ Es importante aclarar que las publicaciones cuya perspectiva apunta al estudio de las conductas -particularmente la biología, etología y los enfoques de la psicología conductista- no han sido incluidos en esta cartografía, en tanto para el tema específico de la etiología de la transexualidad, las producciones no resultan significativas.

los distintos actores que conforman nuestra cartografía. Y ello se refleja tanto en las publicaciones, como en el trabajo de campo en los hospitales e incluso en el diseño y debate que envuelve las propias políticas públicas en nuestro país. En ese sentido, la ciencia maneja simultáneamente dos –o más- discursos opuestos. Mientras permanece abierta la controversia perduran los esfuerzos de cada fracción por adquirir credibilidad, construir mediaciones y alianzas culturales, simbólicas, económicas o políticas; cuya coordinación se resuelve parcialmente en un hecho u objeto que resulta estabilizado, aunque rara vez se llega a un acuerdo final. Podemos analizar este debate, como parte de una disputa de saber/poder al interior de los campos de las biociencias y con éste en relación al campo psi, en tanto se trata de definir cuáles serán las técnicas y quiénes serán los profesionales ‘legítimos’ para intervenir. En uno y otro caso subyacen teorías etiológicas encontradas, se proponen ‘soluciones’ que reproducen el dualismo cartesiano mente/cuerpo y la heteronormatividad, a la vez que ambas posturas asumen una perspectiva patologizante de la experiencia; y si bien no afirman que necesariamente se logre una cura, proponen brindar bienestar y “adaptación” a las personas trans. Tal como afirma Bourdieu (1976), el campo científico es un espacio disputas por obtener el monopolio de la autoridad para hablar e intervenir legítimamente.

En un primer grupo situamos los planteos que denominamos “ambientalistas” entre los que se ubican la mayoría de las posturas del campo ‘psi’. Estos trabajos se desprenden, reformulan y problematizan parte de los planteos del psicoanálisis freudiano de principios del siglo XX, en torno al inconsciente, la sexualidad y la identificación con los progenitores –particularmente con la madre-. Además incluimos la psicología del yo, de Melanie Klein, y las posteriores formulaciones lacanianas acerca de la sexuación a partir de la conformación de roles de género y de operaciones significantes. En este sentido, la hipótesis que prevalece acerca de la etiología de la transexualidad tiene que ver con una “disforia” o un “trastorno” en la conformación de la identidad y/o la sexualidad en los primeros años de vida, moldeados por la crianza, los vínculos familiares, las experiencias traumáticas, etc.

En un segundo grupo ubicamos las posturas que denominamos “innatistas” y que provienen mayormente de distintas subdisciplinas vinculadas a la biomedicina y la biología. En este caso, los trabajos se nutren de investigaciones básicas concretadas principalmente desde la neuroendocrinología y la genética. La mayor parte de los avances que constituyen la base de estos planteos se consolidan a mediados del siglo XX en relación a los desarrollos, de nuevo instrumental, pruebas de laboratorio y tecnología de imágenes. La principal hipótesis acerca de la etiología de la transexualidad tiene que ver con alteraciones en el proceso de impregnación cerebral del feto y, por lo tanto, se categoriza como un trastorno congénito. En este sentido, se asemeja más bien a las características que la biomedicina atribuye a los llamados estados intersexuales o DDS (desorden del desarrollo sexual).

Como se puede apreciar, los principales actores que se presentan ‘disputando’ las categorizaciones científicas y las explicaciones acerca ‘del origen’ de la transexualidad provienen de distintas disciplinas y se caracterizan por estilos de escritura, culturas de trabajo, construcción de evidencia y metodologías de estudio diferenciadas. Así, distintas teorías científicas se focalizaron en explicar y establecer relaciones entre una serie de conductas vinculadas a la sexualidad humana: la orientación sexual (deseo, opción, inclinación, o atracción por otra persona), la identidad de género (el reconocimiento por parte de una persona de sí mismo/a) y el rol de género (la actitud y la conducta acorde con lo que de forma amplia la sociedad reconoce como típicamente masculino o típicamente femenino). El esquema explicativo que construyen dichas trayectorias es binario, es decir que incluye dos opciones posibles- masculino y femenino-, es heteronormativo –esas dos opciones son opuestas, complementarias y se atraen entre sí- y describen elecciones y conductas que permanecen inmutables a lo largo de la vida de los sujetos.

A partir del análisis de algunas de las principales producciones científicas, identificamos una serie de características coincidentes, más allá de la postura teórica o el campo disciplinar de pertenencia de los autores. Un aspecto a destacar que resultó del examen de las fuentes bibliográficas, aparte de la división por temática, disciplina o

metodología utilizada, fue que encontramos varios artículos que condensaban la información disponible, eliminaban los aspectos contradictorios y reafirmaban áreas donde había algunas dudas. A este conjunto de artículos los denominamos “de consolidación”, ya que tenían una importante función de estabilizar el conocimiento producido en una determinada etapa.

En primer lugar, se recurre a la utilización de categorías y denominaciones ‘cerradas’- es decir que aunque se trata de términos plurales respecto de su significación y sus sentidos- se soslayan las discusiones y los procesos histórico-políticos de su constitución; presentándolos como ‘neutros’ y con capacidad de reflejar ‘la realidad’ que nombran. Además, los términos se presentan habitualmente acompañados de enunciados con las formas verbales: haber, ser, existir; adquiriendo de este modo un tono ‘descriptivo’ y presentando un estado de cosas como ‘dado’. Así, las narrativas científicas que analizamos buscan en mayor o menor medida presentar la transexualidad como si fuera un fenómeno ‘natural’, preexistente e independiente de los discursos que dan cuenta de ella. Como si la relación sexo/género pudiera pensarse por fuera de las intersecciones políticas y culturales en las que interviene, se produce y mantiene.

El supuesto ‘esencialismo’ de la transexualidad se ancla también en un conjunto de prácticas discursivas. Es necesario que se establezca cierto consenso acerca de una infinidad de ítems para que se pueda aceptar algo como evidencia; además de las ‘pruebas’ e imágenes que necesitan de todo un proceso interpretativo basado en una serie de presupuestos, para adquirir el status de comprobación. Al analizar los textos de los artículos nos topamos permanentemente con términos crípticos, que siempre remiten a una cadena anterior de construcciones teóricas que prácticamente no tiene fin, y que torna muy difícil, sino imposible, intentar reconstruir toda la red de suposiciones que le permitieron al investigador, al final del proceso descrito señalar: “esto es un cerebro transexual”. Aún más, en el caso de la segunda postura que identificamos como ‘innatista’, lo antes mencionado se presenta “mediado por la parafernalia laboratorial, los gráficos, las fotografías y las tablas” (Camargo, 1994, p.52). A comienzos de los años ‘80 se produce un cambio drástico en las dinámicas de producción de conocimiento y un

nuevo escenario en el laboratorio a partir de la entrada en escena de la biología molecular.

Las perspectivas ‘ambientalistas’

El sexo de asignación y crianza es consistente y visiblemente un pronosticador más confiable de la función y orientación de género que el sexo cromosómico, el sexo gonadal, el sexo hormonal, la morfología reproductiva interna accesoria o la morfología de los genitales externos

(Money, Hampson y Hampson, 1957)

108

El campo *psi* se constituye a fines del siglo XIX con el discurso freudiano, como alternativa a la neuropsiquiatría y en clara oposición al positivismo y a la racionalidad médica. Tomando como eje el aparato del lenguaje, Freud (1891) inaugura un nuevo paradigma en el tratamiento “psíquico” de enfermedades somáticas y psicósomáticas. Seguidamente, los conceptos de defensa y división psíquica le permitieron correr el telón sobre “otro escenario” que estaría más allá de la consciencia y del yo: el inconsciente. Freud se acerca cada vez más a un modelo de psicología “científico” coronado con la descripción de un “aparato psíquico” -situado al nivel de otros aparatos del organismo- y caracterizado por la conflictividad y la producción de mecanismos de defensa. En este sentido, tal como afirma Birman (2007), el paradigma psicoanalítico plantea una doble y crucial ruptura. En primer lugar, la noción de “trazo psíquico” se constituye como alternativa a la teoría de las lesiones, interpelando la teoría de la localización anatómica del malestar que dominó el discurso psiquiátrico en el siglo XIX; por otro, la noción de sexualidad (infantil) perversa y polimorfa, constituye un abierto cuestionamiento a la teoría de la degeneración que sostenía la corriente eugenésica. El proceso psicoanalítico no tiene como finalidad la “cura” en el sentido médico del término, sino una “experiencia de cura”; tampoco se apunta a la “normalización”, sino que se trata de lograr un dominio de la pulsión (Birman, 2007).

Los escritos de Freud revolucionaron la manera en que la medicina y la psiquiatría en particular, definían y trataban las “desviaciones sexuales”. Por un lado Freud (1905) expande y clarifica la definición biomédica de “sexualidades perversas”, pero en ese movimiento construye una entidad completamente diferente de la sexualidad de la que venía enunciándose hasta el momento. Analizando algunos de sus principales escritos sobre el tema⁴⁰, notamos que por un lado, ofrece una explicación de las sexualidades no heterosexuales, en el marco de una teoría general del desarrollo de la sexualidad humana, que rechaza las opciones de enfermedad congénita y degeneración hereditaria, planteadas hasta el momento. A la vez, paradójicamente, esta teoría general surge como un refuerzo de la heteronormatividad reinante, en tanto enuncia un parámetro de ‘normalidad’ para los deseos sexuales humanos por el imperativo de la castración y el complejo de Edipo.

El paradigma de una teoría general de la sexualidad humana condensa los enfoques de la determinación biológica/congénita y de la determinación ambiental. Por tanto, los adultos que sienten atracción hacia personas de su mismo sexo/género son personas que o bien no alcanzaron el completo desarrollo de su sexualidad, o bien presentan una regresión a una etapa madurativa anterior; así su explicación se encuentra necesariamente imbricada en la enunciación de uno de los que identificara como el principal complejo infantil: el de Edipo. En 1911 Freud analiza el renombrado caso del presidente Schreber⁴¹ y relaciona su homosexualidad con la psicosis y la paranoia. Tal como señalan Kessler y McKenna (1985), lo que hoy denominamos “identidad de género” es para Freud una “identidad genital”, pues el hecho de pensar “soy un niño” o “soy una niña”, sólo es posible si anteriormente se ha pensado “tengo pene” o “no tengo pene”. En este sentido, el hecho de que un hombre se sienta mujer y actúe como tal, sería visto como una identificación de género “incorrecta” motivada por la incapacidad de desvincularse de la identificación originaria con la madre.

⁴⁰ Ver: *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), *Más allá del principio del placer* (1920), *El malestar en la cultura* (1930), *Letter to an American Mother* (1951) carta publicada en *American Journal of Psychiatry*, 107, pp. 787

⁴¹ Además Schreber publica su autobiografía en 1903. Schreber, D. [1903](1984) *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Grial.

A partir de un análisis de las propuestas de Freud podemos ver que si bien las sexualidades no heteronormativas se presentan como claramente indeseables, no están vinculadas en todos los casos con una patología. Estos planteos se acompañan en Freud, con la proposición de la existencia de una sexualidad humana inherentemente polimorfa y perversa y con su planteo (luego abandonado) de una predisposición biológica universal a la bisexualidad en los humanos.

Con Freud, la sexualidad se convirtió en una cuestión mucho más amplia que lo que uno puede hacer o no hacer, sino que implica lo que uno puede pensar, incluso a nivel inconsciente. En este sentido, el psiquismo planteado por Freud excede el dominio de la conciencia, se trata de una fisura entre la psiquis y la razón. La constitución del inconsciente como entidad y fuente de nuestros deseos sexuales ‘anormales’ reprimidos allí, posibilitó que éste se constituyera en un nuevo ámbito de injerencia clínica y política; un espacio que claramente excede el cuerpo orgánico aunque no por ello, resulta menos ‘intervenible’.

Considerando que Freud no utilizó nunca el concepto de género, ni pertenece a sus fundamentos, no es extraño que su incorporación en el campo *psi* haya generado tantas resistencias, particularmente en las corrientes dominantes del llamado “psicoanálisis ortodoxo”⁴². Efectivamente, la noción de género se popularizó en los trabajos feministas americanos que retomaron a Melanie Klein con la psicología del yo y posteriormente a Lacan, para afirmar que el sexo siempre es una construcción cultural (género) sin una relación necesaria con la diferencia biológica.

Dentro de esta postura encontramos diferentes caracterizaciones de la transexualidad como un ‘disturbio’, problema de la personalidad –psicosis, falso *self-*, o un trastorno vinculado a la sexualidad, asociado a diferentes grados de ‘patologización’ de la experiencia. El planteo ‘psi’ se desarrolló inicialmente a partir de trabajos de investigación experimental, que surgieron en espacios clínicos de producción de conocimiento vinculados a hospitales universitarios en Estados Unidos. Las universidades son unas de las

⁴²Ver: Dio Bleichmar, Emilce (1996) *Feminidad/masculinidad. Resistencias en el psicoanálisis al concepto de género*. En: Burin, M. & Dio Bleichmar, E. *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

principales instituciones de producción y legitimación del conocimiento, cuyos resultados se plasman en publicaciones científicas, pero a la vez contribuyen a la conformación y consolidación de ‘políticas’ de abordaje y tratamiento específicas.

Trayectorias ‘psi’, procesos de institucionalización e intervención: las “Clínicas de género”

*La normalidad, lo mismo que el sexo, es una necesidad básica humana.
Nos recuerda que la vida aunque sea insegura,
observa ciertas reglas.*

(Money & Ehrhardt, 1982)

Entre las principales “clínicas de género” que se establecieron entre los años ‘60 y ‘70 estaban la de la Universidad de Minnesota, Universidad de California, Universidad de Virginia, Universidad de Washington, Stanford, Case Western Reserve y Duke; aunque la mayoría estaban orientadas a la investigación y la experimentación, más que a ofrecer tratamiento. La popularización de las intervenciones quirúrgicas de “cambio de sexo” favoreció la consolidación de estos espacios de experimentación clínica y quirúrgica, así como la asidua concurrencia de ‘pacientes’ para la consulta. En este sentido, los profesionales de la salud se presentaban como el principal vínculo de relación con el conocimiento científico para estas personas, en su búsqueda de una ‘explicación’ de lo que les sucedía y de sus ‘causas’. A la vez, estas instancias sentaron las bases para la posterior conformación de un dispositivo y una serie de protocolos ‘oficiales’ de intervención⁴³.

Los profesionales que ubicamos en la postura *psi* tienen formación como psicólogos, psicoanalistas y/o psiquiatras, pero en todos los casos trabajan integrados en equipos multidisciplinares fundamentalmente con sexólogos, médicos clínicos,

⁴³ En 1965 se practica en EE.UU. la primera operación de “conversión sexual” en el John Hopkins Hospital, habiendo sido determinada por un tribunal judicial en Baltimore. En 1967, un *Sexual Offence Act* británico, permite indirectamente operar a los transexuales en el *Charing Cross Hospital*, en Gran Bretaña. Cuando nos referimos a este período caracterizado por la instauración de un dispositivo específico de tratamiento, no queremos decir que no existiera antes una sexualidad sometida o producida por los dispositivos biomédicos. El cuerpo, el sexo/género están desde siempre inscriptos en los dispositivos de poder, porque en definitiva son éstos los que habilitan su existencia.

endocrinólogos y cirujanos. La mayoría de las propuestas que incluimos dentro de esta perspectiva se vincula con investigaciones psicológicas o psiquiátricas, a través de exámenes clínicos y sesiones reiteradas con los ‘pacientes’, estudio de sus biografías y entrevistas con familiares, aplicación de tests y cuestionarios estandarizados, etc. Por lo tanto, una de las características de este conjunto de trabajos es la fluida interacción con los sujetos de estudio, considerando los aspectos de su fisiología, pero con mayor énfasis en los aspectos de su personalidad, conducta, historia de vida, vínculos, etc. En algunos casos estos trabajos se desarrollan con niños, por lo que resultan fundamentales las instancias terapéuticas con familiares, en particular con progenitores y hermanos. El estilo de narrativa científica que evidencian las publicaciones tiene que ver, por un lado, con el abordaje de ‘casos’⁴⁴ con largos apartados dedicados a la infancia, la familia y las características de la crianza de los sujetos; por otro, se destacan los estudios de tipo comparativo en el que se presentan resultados de la aplicación de tests, cuestionarios o pruebas estandarizadas a diferentes sujetos.

En el Hospital de la Universidad John Hopkins, entre fines de los años ‘60 y los años ‘70, se consolida un grupo de trabajo experimental e interdisciplinario enrolado en la *Gender Identity Clinic*. Entre los más destacados referentes profesionales se encuentra John Money, psicoanalista y psiquiatra, quien desarrolla junto al matrimonio de psicólogos John y Joan Hampson controvertidas investigaciones con niños intersexuales y afirman que la identidad sexual es parte de una adquisición social y recién es fijada alrededor de los tres años de edad⁴⁵.

En este sentido, esta es la primera propuesta que plantea articular el abordaje *psi* con intervenciones quirúrgicas. Su hipótesis apunta a que la identidad de género puede “crearse” socialmente y en este sentido los aspectos de la crianza, serían dominantes

⁴⁴ Esta modalidad consiste en una traducción de una narrativa biográfica a un ‘caso clínico’ estandarizado en el que se siguen una serie de pautas para el relato, se focaliza en determinados datos e información, mientras que se soslayan otros, además se preserva la identidad de la persona reemplazando su nombre verdadero por un pseudónimo.

⁴⁵ En este período aún no existe una tajante distinción entre el fenómeno denominado intersexualidad y la experiencia transexual de modo que muchas investigaciones se llevan a cabo conjunta e indistintamente. Money, J., Hampson, JG. Y Hampson, JL. (1955) An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermafroditism, *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, Vol 97 (4), pp. 301 -319. Money, John y Green, Richard (1969) *Transsexualism and sex reassignment*, Baltimore: John Hopkins Press.

sobre la naturaleza. Money utilizó por primera vez el concepto de ‘rol’ de género en una su tesis doctoral en Harvard en 1952⁴⁶ – asimilándolo a la idea de ‘papeles sociales’-, planteando una separación entre la biología y el sexo ‘psicosocial’. Esta idea es realmente revolucionaria, en tanto permite por primera vez concebir la noción de identidad vinculada al género. Posteriormente, se traslada el concepto de género de las ciencias del lenguaje a las ciencias de la salud, estimulando el debate entre ‘lo innato’ y ‘lo adquirido’ que en ese momento estaba en pleno auge, particularmente en torno a la homosexualidad.

En esta búsqueda de los aspectos innatos y adquiridos de la sexualidad, Money estaba fascinado con una serie de estudios acerca del desarrollo fetal de los mamíferos, que mostraban que todos los fetos eran inicialmente hembras y se desarrollarían como tales sin la introducción en el útero de andrógenos. El psicólogo de origen neozelandés, llamó a este fenómeno el “principio de Eva” -partiendo, por supuesto, de que la distinción científica entre macho y hembra siempre fue autoevidente-. Sin embargo, esto no lo llevó a concluir que la exposición hormonal en el útero determinaba el sexo o el género de un sujeto. En este sentido, el trabajo con ‘casos’ de niños identificados como intersexuales que se presentaban tan heterogéneos, llevó a Money y a su equipo a dudar de que el sexo estuviese determinado por algún factor biológico particular⁴⁷ y a abandonar cualquier indicador somático del sexo, sosteniendo que el rol de género - la identidad sexual asignada en la crianza- era el mejor criterio y el más fiable, para el abordaje y para el pronóstico de aquellos casos que se presentaban como ambiguos.

Parte de los planteos de Money se desprenden de la Teoría de la impronta que proviene de los desarrollos en etología comparada (Money y Ehrhardt, 1982)⁴⁸. El modelo de “imprinting” afirma que la huella o impronta del ambiente se registra en las primeras

⁴⁶ Money, J. (1952) Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox. Harvard University Library.

⁴⁷ Por ejemplo, en 1954 se desarrolló un método diagnóstico de biopsia dérmica conocida como “Barr body” que en teoría permitía identificar el sexo cromosómico a partir de una muestra de tejido. La promesa de esta prueba unívoca del ‘verdadero sexo’ se sostuvo por más de diez años, hasta que finalmente resultó descartada.

⁴⁸ Money, J. y Ehrhardt, A. [1972] Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity, Baltimore: John Hopkins University Press. Traducción al español: (1982) *Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*, Madrid: Morata.

etapas críticas del desarrollo de los seres. Money y Gaskin (1971)⁴⁹ sostienen que la identidad sexual se conforma en los primeros años de vida; negando la posibilidad de que existan aspectos innatos e inmodificables. Uno de los casos “estrella” fue el de David Reimer, conocido como John/Joan⁵⁰ que, a pesar del aparente ‘éxito’ inicial de la reasignación femenina de ‘Brenda’, devino en una tragedia que luego se volvió en contra de Money (Colapinto, 2000).

El éxito de su desarrollo como una niña ofrece evidencia convincente de que la puerta de la identidad de género está abierta al nacer, tanto para un niño normal como para un niño nacido con ambigüedad genital o uno que fue sobreexpuesto a los andrógenos en la etapa prenatal, y esa puerta permanece abierta por un tiempo más hasta pasado el año de vida (Money y Green, 1969, p.299)

Cuando ‘Brenda’ cumplió quince años, luego de informarle lo sucedido en su infancia y ante una serie de conflictos que experimentaba, sus padres consultaron a otro grupo de especialistas que no acordaban con la propuesta de Money, entre ellos estaban el psiquiatra Keith Sigmundson y el sexólogo Milton Diamond. Este último era partidario de la teoría de la determinación hormonal de la identidad sexual y sostenía un historial de disputas con Money, más allá del caso John/Joan. David fue sometido a una nueva intervención quirúrgica en la que se le colocó una prótesis peneana y testículos, además de un tratamiento hormonal virilizante. Si bien de ese modo el adolescente recobró parte de su identidad ‘masculina’ y luego contrajo matrimonio con una joven, sufrió durante

⁴⁹ Money y Gaskin (1971) Sex reassignment, *International Journal of psychiatry*, N° 9, pp. 249- 269.

⁵⁰ Se trata de un par de gemelos nacidos varones, una circuncisión mal hecha a los ocho meses de vida le provocó la pérdida del pene a uno de los hermanos. Money y su equipo aconsejaron a los padres la amputación del pene y los testículos antes de que cumpliera dos años, y más adelante la creación de un neovagina y un tratamiento hormonal ‘feminizante’; además sugirieron educarlo como ‘Brenda’ y no mencionarle en ningún momento la operación. El seguimiento inmediatamente posterior de la reasignación de David fue positivo, sin embargo antes de entrar en la adolescencia se hicieron más evidentes los problemas. Al parecer David nunca se había comportado como niña y tenía en su haber varios intentos de suicidio.

mucho tiempo una depresión crónica que lo condujo a suicidarse a los 39 años (su hermano gemelo ya se había suicidado unos años antes)⁵¹.

El enfrentamiento entre Money y Diamond se agudizó y cobró mayor visibilidad a través de diversas publicaciones en que las que el sexólogo lo acusaba a Money de forzar los resultados y el propio relato de David, vanagloriándose de un éxito que no había sido tal. Judith Butler (2001) analiza el caso John/Joan y nos devuelve una profunda reflexión - que supera la dicotomía esencialismo vs. constructivismo- acerca de qué es lo que cuenta como evidencia del 'verdadero' género. Un monstruoso aparato de saber y poder, en términos foucaultianos, atraviesa la subjetividad y el cuerpo de David desde el comienzo de su vida, sin embargo esa influencia no es tenida en cuenta en las respuestas y los sentimientos que él construye y enuncia respecto de su 'verdadero' género. El hecho de auto-describirse, evaluarse y observarse siempre tienen lugar en relación con una audiencia, un destinatario imaginado con ciertas características, ante quien él produce un relato biográfico y una imagen de sí mismo.

En 1979, con la llegada del psicólogo John Meyer al Hospital John Hopkins -que era contrario a la realización de cirugías de reasignación sexual- y con la publicación de su reconocido trabajo,⁵² que pone aún más en duda el éxito de las intervenciones, se cierra la clínica y se detienen las operaciones⁵³. Este aparente 'fracaso' en torno a la eficacia terapéutica de las intervenciones quirúrgicas no impidió que continuaran practicándose en otros hospitales y dio lugar posteriormente a una serie de críticas y 'respuestas' al mencionado trabajo de Meyer & Reter (1979)⁵⁴.

Robert Stoller fue otro destacado psicoanalista y psiquiatra que desarrolló parte de su trabajo en Stanford, fundando luego en Los Ángeles junto a Garfinkel, la *Gender Identity Research Clinic* (Universidad de California). Fue uno de los pioneros en

⁵¹Diamond, M., and Sigmundson, H.K. (1997) Sex reassignment at birth: A long term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* N°151, pp. 298-304 y Colapinto, J. (2004) Gender Gap: What were the real reasons behind David Reimer's suicide? *Slate*:<http://www.slate.com/id/2101678>. Consultado en: 08/04/12.

⁵²Ver: Meyer, J.K., & Reter, D. (1979) Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, N°36 (9), pp. 1010-1015.

⁵³ Durante 2017 el espacio fue reabierto y renombrado como *Center of Transgender Health*.

⁵⁴Fleming M, Steinman C, Bocknek G (1980), Methodological Problems in Assessing. Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behaviour*, Vol. 9, pp: 451-456.

investigaciones con niños intersexuales y transexuales, consiguiendo una aparentemente clara distinción entre ‘sexo biológico’ y género. Stoller (1975) definió a las personas transexuales como “experimentos naturales”⁵⁵ los transexuales se presentaban ofreciendo un terreno muy fértil para la investigación y experimentación -tanto psiquiátrica como quirúrgica- siendo la clave para conocer el desarrollo de la masculinidad y la feminidad en todos los seres humanos. En su trabajo *Sex and Gender* (1968)⁵⁶ propuso una clasificación sistemática de la transexualidad, revisando críticamente la teoría freudiana a partir de una nueva definición de género desde la perspectiva de Melanie Klein y la psicología del yo. En ese sentido, sostiene que la teoría freudiana carecía de una categoría que permitiera establecer una diferencia radical entre la pertenencia anatómica (sexo) y la pertenencia a una identidad social o psíquica (género), dado que entre ellas podía existir una asimetría radical.

Stoller trazó distinciones radicales entre el transexualismo, el travestismo, la homosexualidad y el hermafroditismo (intersexualidad) con la intención de crear una conceptualización que permitiera describir y abordar un fenómeno que no encajaba, ni en el deseo de travestirse, ni en las anomalías genéticas o anatómicas atribuidas a los intersexuales. Los desarrollos de Stoller y el hecho de acuñar el término “core gender identity” (núcleo de la identidad de género) -que surge a partir de un abordaje psicológico del trabajo de Money- permitieron inaugurar una nueva mirada acerca de la transexualidad, que pasó a considerarse un trastorno de la ‘identidad’ y no de la ‘sexualidad’. Stoller hipotetiza que el “núcleo de la identidad de género” se conforma muy tempranamente, entre la edad de uno y dos años. A pesar de que fue Money quien llegó a esa conclusión a través de sus observaciones, Stoller sintió que podía utilizar la tradición *psi* para explicar el proceso por el que se establece dicha identidad. Los resultados de su trabajo efectuaron una inversión de la teoría freudiana de la sexualidad, planteando que la simbiosis inicial con la madre implicaba que la libido de todos los infantes era inicialmente femenina. Su propuesta de abordaje asume una perspectiva interaccionista

⁵⁵ Stoller, Robert (1975) *Sex & Gender, Vol. II: The Trans-sexual experiment*, Londres: Hogarth Press.

⁵⁶ Stoller, Robert (1968) *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, New York: Science House.

del paradigma de la identidad de género que privilegia la psicoterapia y otorga un lugar fundamental a la relación con los progenitores. En ese sentido, se suma a los planteos que ubican el ‘problema’ en la conformación de la identidad del niño, en la infancia, en los traumas vividos, en la relación con los padres.

En 1958 el equipo de Stoller, conformado por los doctores Garfinkel y Rosen, reciben a una joven de 19 años. La chica tiene aspecto femenino -delgada, fina-, viste como una mujer y trabaja como secretaria en una compañía de seguros; pero tiene genitales masculinos, un pene de desarrollo normal que se combinan con caracteres secundarios femeninos: busto de tamaño mediano, voz fina y ausencia de vello en cuerpo y rostro. Pero ante todo, como aclara el informe, no presenta signos de “desviación sexual”, de travestismo u homosexualidad”. Garfinkel, la llama “Agnes la mujer normal natural” (1967, p. 102)⁵⁷. Luego de infinidad de exámenes morfológicos y endocrinológicos, y muchísimas horas de análisis y entrevistas; el equipo de la UCLA concluye que se trata de un caso de “hermofroditismo verdadero”, específicamente, “Síndrome de feminización testicular”. En 1959 se le practica a Agnes una vaginoplastia y se le amputan pene y testículos (Stoller, Garfinkel y Rosen, 1960)⁵⁸. Un tiempo después se realiza el cambio de nombre en su documentación. En 1966, seis años después de la de las intervenciones quirúrgicas, Agnes narra otra historia. La joven dice que al nacer fue un niño de sexo anatómico masculino y que a los doce años comenzó a consumir estrógenos que le robaba a su madre. Inicialmente la ingesta fue ocasional, pero luego logró falsificar las recetas y sostener un tratamiento prolongado con Stilbestrol. Agnes siempre deseó ser una mujer y empezó a percibir los efectos corporales deseados a través de la ingesta de hormonas. Su experiencia representa un desafío a la medicina y pone en evidencia la frágil estabilidad de los diagnósticos y todo el dispositivo de la transexualidad.

De acuerdo a la teoría del aprendizaje social, la transexualidad es un “inadecuado modelo de aprendizaje”, debido a “la ausencia del refuerzo de conductas del rol sexual” o

⁵⁷ Garfinkel, Harold (1967) *Passing and the Management Achievement of Sex Status in an ‘Intersexual Person’*. En *Studies in Ethnometodology*. New York: Prentice-Hall.

⁵⁸ Stoller, R. Garfinkel, H. Y Rosen A. (1960) *Passing and the Maintenance of Sexual Identification in an Intersexed Patient*, *Archives of General Psychiatry* 2, pp. 379 – 384.

“una interpretación errónea de esta información” (Gómez et. al., 2006, p. 114). Stoller (1967) no consideraba la transexualidad como una psicosis y desarrolló una ‘explicación’ sobre la base de considerar la situación familiar temprana del paciente, identificando un modelo familiar característico para la transexualidad femenina y otro para la masculina⁵⁹. En esta línea se ubican también otros representantes de esta teoría de la identidad como Green (1974)⁶⁰ y Newman (2002)⁶¹.

A mediados de los años ‘50, el sexólogo americano David Cauldwell retomó el término transexual definiendo la *Psychopathia Transexualis*⁶² como una patología hereditaria de origen biológico. Sin embargo en su construcción etiológica combina la predisposición genética con traumas y trastorno en la conformación de la sexualidad en la infancia, trazando un primer esbozo de lo que luego sería la perspectiva psicoanalítica más tradicional, que asume la transexualidad como un disturbo psicótico o una personalidad borderline.

Leslie Lothstein, destacado psiquiatra y psicoanalista de la *Gender Identity Clinic* de Case Western Reserve University en Cleveland partidario de esta postura. En sus trabajos (1982, 1984)⁶³ presenta a las personas transexuales como víctimas de un disturbo de personalidad desarrollado en la primera infancia vinculado con alteraciones del ego y que proviene de una personalidad borderline y de desórdenes narcisistas.

En los años ‘70 Lacan, otro de los referentes ineludibles de la postura ‘psi’, ofrece una lectura crítica de la perspectiva de Stoller acerca de la transexualidad, reafirmando la hipótesis que se trata de una psicosis. Lacan (1971) aduce que los transexuales padecen un error común, considerar al órgano en sí como la causa de su gozo o de su tormento, ya

⁵⁹Stoller, Robert (1967) Etiological factors in male transsexualism. *Transactions of The New York Academy of Science*, Vol. 29, N° 4, Serie II, pp. 431- 433 y Stoller, Robert (1972) Etiological factors in female transsexualism: A first approximation. *Archives of Sexual Behaviour*, Vol 2, N°1, pp. 47–64.

⁶⁰Green, Richard (1974) *Sexual identity conflict in children and adults*, New York: Basic Books, Inc.

⁶¹Newman, Louise (2002) Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 7, N°3, pp. 352-359

⁶²Cauldwell, D. (1949) Psychopathia transexualis. *Sexology*, 16, pp. 274-280.

⁶³Lothstein, Leslie (1982) Sex Reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 139 (4), pp. 417-426 y Lothstein, Leslie (1984) Psychological testing with transsexuals: A 30-year study, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 48n (5), pp. 500-507.

que el órgano participa de la designación sexual apenas como significante, o sea, como instrumento de goce sexual. Por lo tanto, el error consiste en suponer que eliminando el órgano en sí, el goce del cuerpo dejará de ser transexual. El goce transexual fue identificado como un rasgo típico de las psicosis que implica un efecto de feminización y que podría conducir al sujeto a la castración de un miembro sano (Lacan, 1979). En la perspectiva lacaniana, se destacan tres índices de forclusión⁶⁴, tres operadores clínicos que permiten explicar la naturaleza del transexualismo: el “nombre del padre”, el “impulso femenino” y el “error común”. Lacan relaciona el malestar de las personas transexuales con la locura de querer librarse de “un error”, en su planteo estos sujetos serían obligados al error del engaño, o acusados de querer forzar el discurso para la cirugía. Para “acceder al otro sexo”, es necesario realmente pagar el precio de la pequeña diferencia que pasa engañosamente por ‘lo real’, por medio del órgano. Un órgano no es un instrumento sino por intermediación de aquello en que todo órgano se funda, es decir en su valor significante (Lacan, 1971b).

Si bien Lacan no se centró en la transexualidad, si lo hizo una de las principales continuadoras de esa línea, la psicoanalista Catherine Millot (1983):

Que el transexualismo se funda en el sentimiento íntimo de ser mujer u hombre es una de las falsas certezas que los transexuales permiten poner en tela de juicio. Hay otra certeza que es importante discutir: la de que el remedio al malestar de los transexuales no pueda consistir más que en el cambio de sexo (Millot, 1983, p. 129).

Desde una perspectiva similar la psicóloga lacaniana Colette Chilland (1999; 2003)⁶⁵ caracteriza la transexualidad como dolencia del narcisismo. Su análisis ubica la experiencia transexual como un estado borderline entre la psicosis y la neurosis.

⁶⁴ Término elaborado por Lacan para designar el mecanismo específico que opera en la psicosis por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado del universo simbólico del sujeto.

⁶⁵ Chilland, Colette (1999) *Cambiar de sexo*. Madrid: Biblioteca Nueva. y Chilland, Colette [2003] (2015) *O transexualismo*. Sao Paulo: Loyola editora.

Claramente, la llamada sexuación en términos psicoanalíticos anclada en el reconocimiento de tener o no tener falo –identificado como órgano sexual (Freud, 1925), o como significante y referente simbólico (Lacan, 1958)- se presenta en evidente tensión con la perspectiva que plantean los estudios de género, particularmente con las versiones que proponen una mirada desnaturalizadora.

Los planteos innatistas

Los planteos ‘innatistas’ sostienen que la diferenciación sexual y de género – así como los llamados ‘desórdenes’- se conforma antes del nacimiento, por lo tanto, no se presentarían determinados por el ambiente, la crianza, ni el vínculo del sujeto con sus progenitores –algunos autores aceptan la influencia de estos factores en un lugar secundario-. En la revisión que realizamos de los *papers*, notamos que habitualmente se utilizan indistintamente diferentes niveles de análisis; se confunde sexo y género desconociendo desde las ciencias biológicas los desarrollos en otras áreas del saber, como las ciencias sociales y humanas; o sencillamente se adicionan los calificativos de femeninas o masculinas a distintas sustancias, reacciones químicas, o estructuras cerebrales. Esta postura se caracteriza por una serie de investigaciones básicas que se desarrollan en laboratorios y cuyos resultados figuran en algunas de las publicaciones científicas más prestigiosas del mundo como *Nature* y *Science*, entre otras. La narrativa científica en este caso se caracteriza por presentar estudios experimentales, que habitualmente siguen el esquema de: Introducción/ Materiales y métodos/ Resultados/ Discusiones, acompañados generalmente de varias imágenes, gráficos y/o tablas y los papers tienen un promedio de tres autores o más.

En esta tradición los profesionales tienen formación principalmente en: endocrinología, genética, neurología y/ o neuroendocrinología y presentan una pertenencia institucional mixta: docencia universitaria e institutos de investigación (*Charité-University Medicine* en Berlín, *Salk Institute* en San Diego, EE.UU., *Netherlands*

Institute for Brain Research, Cátedra de transexualidad en la Universidad Libre de Ámsterdam, Cátedra de neuroendocrinología, Universidad de California, entre otros).

En todos los estudios se analiza ‘material biológico’ que se presenta fragmentado y separado de los cuerpos y de los sujetos, de este modo no es necesario considerar información biográfica o aspectos subjetivos. Los ‘datos’ contemplados se remiten a: sexo, edad, orientación sexual o identidad de género, enfermedades o causa de muerte, en el caso de que se trabaje con material cadavérico. Los profesionales no establecen ningún contacto con los sujetos de los que provienen los ‘fragmentos’ para los estudios, ni dan demasiada importancia a aspectos de su biografía o sus relaciones. Además, en muchos casos se recurre inicialmente a experimentar con animales, considerando que las funciones y reacciones biológicas serían similares en el organismo, a las de los seres humanos.

En las rutinas del laboratorio los ‘fragmentos’ resultan aislados y estudiados a partir de mecanismos de desplazamiento y traducción. En el mundo “real” los cerebros, los genes y los fluidos están insertos en los cuerpos de las personas, en el laboratorio, se reproducen con precisión los sucesos que parecen estar sucediendo sólo “afuera”. Los mecanismos de traducción permiten a los científicos transferir ciertos aspectos de la sexualidad a su laboratorio, para aislar y replicar “dentro de los muros” los procesos de sexuación cerebral. El cambio de escala, la selección de material, los procesos de fragmentación y la tecnología de imágenes, les permite explicar y visibilizar “cómo sucede”. Latour (1983, p. 168) afirma que “un laboratorio es un objeto con muchas más trampas, es un gran y eficiente transformador de fuerzas”.

Los fenómenos y las dinámicas en esta modalidad de producción de conocimiento, están entrelazados a través de tecnologías. La relación entre la observación y la teoría en las ciencias de laboratorio es mediada por un número de elementos y actividades cuya coherencia no está pre-ordenada de ninguna forma particular. En lugar de eso, la teoría y la observación están conectadas entre sí a través de un entramado, estos elementos mediadores incluyen ideas (preguntas, teoría sistemática, hipótesis), objetos (lentes, detectores, herramientas, generadores de datos) y marcadores y la manipulación de esos

marcadores (datos, evaluación de datos, análisis e interpretación de datos). Estos elementos y sus redes se construyen a través del tiempo para ‘encajar’ unos con otros. En otras palabras, son negociados.

Entre los principales antecedentes de los planteos innatistas se destacan, por un lado, los estudios que ubican en el cerebro y en las reacciones hormonales las diferencias que darían lugar a la identidad y a la orientación sexual cuyos principales antecedentes son los trabajos de Christian Hamburger, Günter Dörner y posteriormente Simon LeVay.

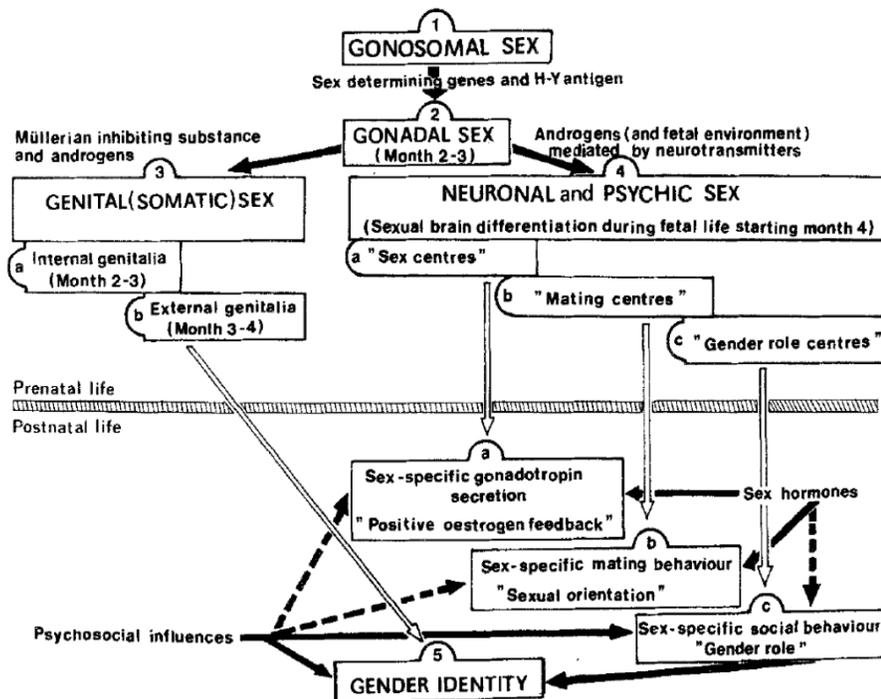
En lo que respecta al campo de la endocrinología, uno de los pioneros fue Christian Hamburger (1953a y Hamburger et. al, 1953b)⁶⁶, médico endocrinólogo danés que experimentaba con terapia hormonal “cruzada” en animales. Él fue quien atendió el renombrado caso de Christine Jorgensen y llevó a cabo en Dinamarca, junto a un equipo de profesionales, la primera intervención médica exitosa de reasignación de sexo, que además de cirugías, incluyó tratamiento hormonal y psiquiátrico.

Güntert Dörner (1976)⁶⁷ sentó las bases para el posterior desarrollo de la Teoría Neuroendocrina de la Sexualidad, con especial atención en el dimorfismo hombre-mujer. En su planteo sostiene que la sexualidad humana está determinada por la interacción entre hormonas y cerebro durante el período gestacional y distingue la fase de formación del ‘sexo genital’ y luego la del ‘sexo psíquico’. De acuerdo a sus estudios, los efectos organizacionales persistentes a nivel cerebral que ocurren bajo una concentración anormal de niveles hormonales dan lugar a la orientación sexual hacia personas del mismo sexo, favoreciendo además una ‘masculinización’ o ‘feminización’ del cerebro. Dicho efecto se evidencia particularmente en dos áreas: el Núcleo Dimórfico del Área Preóptica (SDN-POA) y el Núcleo del Lecho de la Estría Terminal (BSTc). Concluyendo que cuando los niveles hormonales ocurren en una concentración anormal, los irreversibles efectos organizacionales adquieren el cariz de teratogénicos. Entre esos efectos organizacionales

⁶⁶Hamburger, C. (1953a).The Desire for Change of Sex as Shown by Personal Letters from 465 Men and Women.*Acta Endocrinológica*, (14), 361–380 y Hamburger, C., Sürup, G., & Dahl-Iversen, E. (1953b). Travestism: Hormonal, Psychiatric and Surgical Treatment. *Journal of the American Medical Association*, (152), 391–396.

⁶⁷Dörner, Güntert [1972] (1976) *Hormones and brain differentiation*, Amsterdam: Elsevier.

teratogénicos, que consiste en una feminización/masculinización del cerebro se cuenta la orientación sexual hacia personas del mismo sexo (Dörner, 1988⁶⁸)



P

eriodización del desarrollo dimórfico según Dörner (1988)

Simón LeVay⁶⁹ es neurobiólogo y continuador de esa línea de trabajo con controvertidas experimentaciones que comparan el tercer núcleo intersticial anterior del hipotálamo (INAH3) en el cerebro de hombres heterosexuales y homosexuales; con la intención de mostrar similitudes en la estructura cerebral y tamaño del INAH3 de hombres

⁶⁸Dörner, Güntert (1988) Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals, and transsexuals, *Archives of Sexual Behaviour*, Vol. 17 (1), pp. 57 – 75.

⁶⁹ Además, fundó el Instituto de educación de la homosexualidad masculina y femenina en EE.UU.

homosexuales y mujeres⁷⁰. En 1993 publica la obra de divulgación *The Sexual Brain* que se convirtió en un best seller allí, con argumentos que se desprenden de la sociobiología y con un acentuado reduccionismo biológico “*Nature vs. Nurture*”, afirma que la impregnación cerebral de hormonas en el feto es responsable de la orientación sexual de las personas. En el último capítulo, se focaliza en la identidad de género y critica duramente los postulados de Money y las hipótesis ambientalistas.

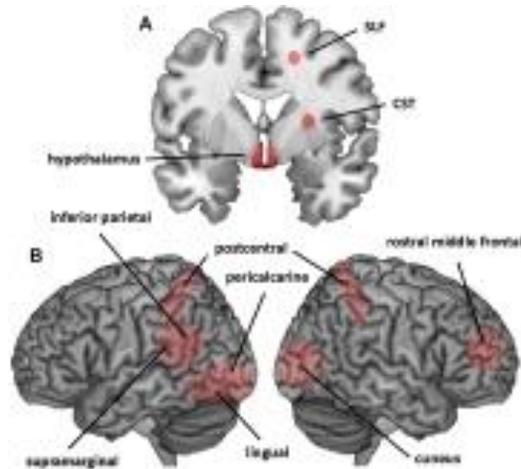
A pesar de los múltiples estudios llevados a cabo por investigadores como LeVay (1993)⁷¹ Allen & Gorski (1992)⁷² o el propio Günter Dörner (1988), los resultados en lo referido a la orientación e identidad de género fueron ampliamente negativos. No obstante haber sido refutada la hipótesis general acerca de un ‘hipotálamo feminizado’, la vía neuroendocrina para dar cuenta de la orientación sexual y de la identidad de género tomó un renovado impulso con la incansable labor de Swaab y su equipo de colaboradores en los Países Bajos (Swaab, Gooren y Hofman, 1995; Swaab, 2004; Savic, García-Falgueras y Swaab, 2010)⁷³.

⁷⁰LeVay, Simon (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men, *Science*, Vol 253 (5023), pp. 1034-1037.

⁷¹LeVay, Simon (1993) *The Sexual Brain*, Cambridge: MIT Press.

⁷²Allen & Gorski (1992) Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings in the Natural Academy of Science*, Vol. 89 (15), pp. 7199-7202.

⁷³Swaab, F., Gooren, L. y Hofman, M. (1995) Brain Research; Gender and Sexual Orientation, *Journal of Homosexuality*, N° 28 (3-4) , pp. 283 - 301., Swaab, Dick (2004) Sexual differentiation of the human brain:relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation, *Gynecological Endocrinology*, N° 19, pp. 301- 312 y Savic, I., García-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2010). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Progress in Brain Research*, 186, 41-62.



Esquema de las áreas sexualmente dimórficas del hipotálamo (Swaab 2007: 440)

Esto ilustra como la Teoría Neuroendocrina (TNESH) da cuenta de la sexualidad, permite apreciar claramente el patrón explicativo de la misma, en que las conductas como la identidad de género y la orientación sexual están determinadas por estructuras neurofisiológicas específicas, las cuales a su vez son resultado de la interacción entre las hormonas y el cerebro en formación (Bernabe, 2015).

Efectos organizacionales → Estructuras cerebrales → Conductas concretas

Lo interesante de evidenciar el patrón explicativo de TNESH es que nos permite ver con claridad cómo, y pese a la presentación usual en las *reviews* del tema, se convierte en la heurística de la teoría que guía la expansión de la teoría hacia otras aplicaciones exitosas, como en el caso de la Identidad de Género. Tanto es así que es la discípula se Swaab, García-Falgueras, en 2011 confirma que el área dimórfica entre hombres y mujeres BSTc, en el caso de las personas transexuales hombre a mujer, se presenta como

femenina. “No hay evidencia empírica que soporte la hipótesis de la influencia social-cultural en la determinación de la sexualidad” (Swaab 2007, p. 5)⁷⁴.

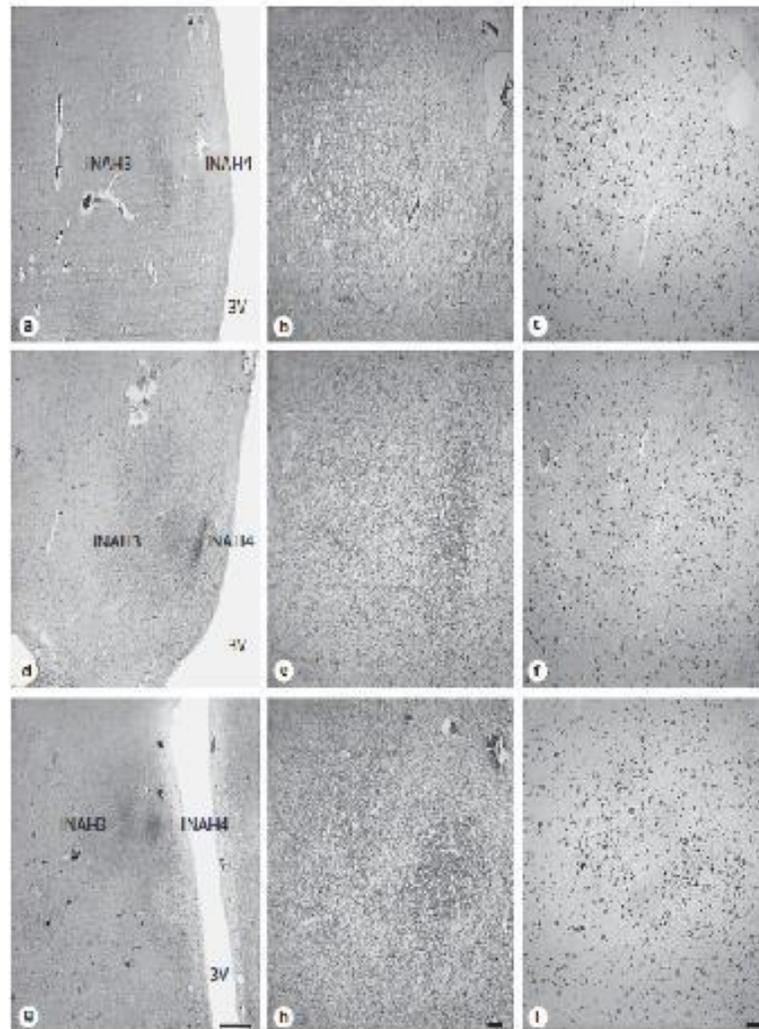


Fig. 1. Representative photomicrographs of the uncinata nucleus in man, woman and transsexual person through consecutive sections (a–c subject NBB # 00131; male 25 years old; d–f subject NBB # 01011; female 46 years old; g–i subject NBB # 84037; transsexual male-to-female 44 years old). a, d, g Low magnification power of the immunocytochemical stainings of Neuropeptide-Y (NPY). INAH3 and 4: interstitial nucleus of the anterior hypothalamus 3 and 4, 3V: third ventricle. Scale bar = 500 μ m. b, e, h Details of the innervation by NPY fibers. c, f, i Details of the thionin consecutive staining sections. Scale bar = 63 μ m. Note that the male group shows a larger number of cells in INAH3 subdivision than the transsexual and female subjects (c, f, i). From Garcia-Falgueras and Swaab [32] fig. 8, with permission.

⁷⁴Swaab D.F. (2007) Sexual differentiation of the brain and behavior, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 21(3), pp. 431–444.

Las hipótesis acerca del origen de la transexualidad que propone esta postura se centran en concebirla como un tipo de intersexualidad o desorden del desarrollo sexual (DSD), ubicando la ‘causa’ de la disforia en un indicador neuroanatómico evidenciado por el popularmente conocido ‘Sex Brain’ (Zhou, et.al, 1995⁷⁵; Allen & Gorski, 1992; Swaab, Gooren y Hofman, 1995; Swaab y Fliers, 1985⁷⁶). Así, partiendo de la distinción entre un cerebro ‘masculinizado’ y ‘feminizado’ se establecen relaciones causales con la identidad sexual y la orientación sexual; que están programadas en nuestras estructuras cerebrales cuando todavía estamos en el útero construyendo una “alianza esencial” entre las hormonas sexuales y el cerebro (García- Falgueras y Swaab, 2010⁷⁷).

Otro conjunto de trabajos desde una perspectiva similar, proponen una ‘causa’ vinculada a los patrones de respuesta a la exposición de hormonas (Cohen y Forget, 1995⁷⁸; Meyer-Bahlburg, et. al., 1996⁷⁹; Kruijver, et.al., 2000⁸⁰).

Finalmente, en 1993 se populariza una línea de trabajo que –a partir de una redefinición del paradigma de la herencia en base a los desarrollos en biología molecular– establece vinculaciones entre el gen Xq28 y la orientación sexual (Hamer, et.al., 1993)⁸¹. En esta, como en otras investigaciones de este estilo, parece no establecerse distinciones entre orientación sexual e identidad de género, en tanto las ‘muestras’ se toman a partir de sujetos que se autor-reconocen como gays. Así, esta serie de publicaciones orienta la búsqueda de una ‘causa’ en un indicador genético y en este sentido, la herencia ha sido

⁷⁵ Zhou, Jiang-Ning, Michael, Hofman, Louis Gooren y Dick Swaab, D. (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, *Nature* N°378, pp. 68-70.

⁷⁶ Swaab, D y Fliers, E. (1985) A sexually dimorphic nucleus in the human brain, *Science* 228, (4703), 1112- 1115.

⁷⁷ García-Falgueras, A. y Swaab, D. (2010) Sexual hormones and the brain: an essential alliance for sexual identity and sexual orientation, *Endocrine Development* 17, pp. 22 – 35.

⁷⁸ Cohen, H. y Forget, H. (1995) Auditory cerebral lateralization following cross-gender hormone therapy. *Cortex*. N°31, pp. 565-573.

⁷⁹ Meyer-Bahlburg, H., Gruen, R., New M., Bell, J., Morishima, A., Shimshi, M., Bueno, Y., Bargas, I, Baker, S. (1996) Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behaviour*, Vol.30 (4), pp: 319-332.

⁸⁰ Kruijver, F., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (2000) Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 85, N° 5, pp. 2034–2041

⁸¹ Hamer D.H.; Hu S.; Magnuson V.L.; Hu N.; Pattatucci A. (1993) A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation, *Science* 261 (5119), pp. 321 – 327.

una de las explicaciones recurrentes⁸² (Saldanha y Campos, 1976⁸³; Green y Keverne, 2000⁸⁴; Coolidge, Thede y Young, 2002⁸⁵; Sato, et. al, 2004⁸⁶; Bentz, et. al, 2008⁸⁷; Gómez-Gil, et. al, 2010⁸⁸; Fernández, R; Esteva, I. y Gómez-Gil, E., 2014⁸⁹).

El $ER\alpha$ está involucrado principalmente en la masculinización del SNC, mientras que la forma $ER\beta$ juega un papel fundamental en la desfeminización de comportamiento sexual discordante con su sexo genético. El origen de estos fenotipos podría ser el resultado de un efecto atípico de las hormonas sexuales, testosterona y estrógenos, en regiones corticales específicas (Henningsson, et.al., 2005⁹⁰)

Dentro de esta misma línea, una serie de trabajos sugieren que existe una vulnerabilidad genética en los receptores cerebrales de hormonas en las personas categorizadas como transexuales (Henningsson, et.al., 2005; Hare, et.al., 2009⁹¹). En este sentido estas investigaciones “confirman que la identidad sexual no es una opción, sino

⁸² Desde el siglo XVII, Morel y Magnan ha popularizado la teoría hereditaria de la degeneración. Ver: Morel, (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causas qui produisent ces variétés malades*, Paris: Baillière. Magnan, Valentin (1885) *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*, París: Delahaye & Lecrosnier Editores.

⁸³ Saldanha, P. y Campos Olazábal, LL. (1976) Valor do estudo citogenético no transexualismo, *Aquivos de Neuro-Psiquiatria*, Vol 34, N° 3, Sao Paulo, pp, 251-257.

⁸⁴ Green R. y Keverne, E. (2000) The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: an explanation invoking genomic imprinting. *Journal of Theoretical Biology*, Vol. 202(1), pp. 55-63.

⁸⁵ Coolidge, F. Tede, LL. y Young, S. (2002) The heredability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample, *Behavior Genetics Journal*, N° 32, pp. 251 -257.

⁸⁶ Sato T, Matsumoto T, Kawano H, et al. (2004) Brain masculinization requires androgen receptor function. *Proceedings in Natural Academy of Science*, Vol. 101(6), pp.1673-1678.

⁸⁷ Bentz E., Hefler L., Kaufmann U., Huber, J. Kolbus, A., Tempfer, C.(2008) A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility*, Vol 90 (1), pp. 56-9.

⁸⁸ Gómez-Gil E., Esteva, I., Almaraz, M., Pasaro, E. Segovia, S, Guillamon, A. (2010) Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behaviour*, Vol. 39(2), pp.546-52.

⁸⁹ Fernández, R. Esteva, I. , Gómez-Gil, E.(2014) The (CA)_n polymorphism associated with FtM transsexualism, *The Journal of Sexual Medicine*, 11 (3):720- 728.

⁹⁰ Henningsson, S.; Westberg, L.; Nilsson, S.; Lundstrom, B.; Ekselius, L.; Bodlund, O., et al. (2005) Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, (30), pp. 657 – 664.

⁹¹ Hare, L.; Bernard, P.; Sánchez, F.; Baird, P; Vilain, E.; Kennedy, T. et al. (2009) Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biol Psychiatry* (65), pp. 93 - 96.

que viene determinada genéticamente (...) Su substrato, por tanto, no es ideológico, sino cerebral” (Fernández García, R y Pásaro Méndez, E., 2017, p. 343⁹²)

El proceso de producción de la evidencia

*El microscopio es un instrumento que simboliza los saberes científicos indubitables.
Ha sido el centro significativo del sistema contemporáneo
que legitima la verdad en su último aparato estructural.
Es el que muestra las estructuras “elementales” de la ciencia, de la biología;
penetra los cuerpos, reestructura los discursos
y marca la pauta de los saberes radicales de la positividad objetiva.
Pero el microscopio no tiene regulación propia,
no es independiente del ojo que lo mira
y de los saberes que este arrastra consigo”.*

(Jaris Mujica- Lima, 2009)

Así, hemos visto que los distintos actores en debate construyen diferentes versiones de ‘la historia’ para validar sus posturas y definiciones. Mientras unos acentúan esfuerzos colectivos otros apelan a los “grandes nombres” y a la pertenencia a “prestigiosas” instituciones. El establecimiento de hechos científicos es un proceso inherentemente político que evidencia los esfuerzos por dominar, empoderarse y establecer las propias teorías; al tiempo que se socaban, ignoran o deslegitiman los argumentos científicos de ‘los oponentes’.

Respecto de las estrategias argumentativas, a pesar de utilizar diferentes lenguajes de verificación propios de cada tradición, se recurre a la técnica del *bricoleur*. En tanto, ningún elemento aislado puede definir el problema, la etiología o el diagnóstico por sí solos, por el contrario es la mirada compositiva la que permite presentar un cuadro más o menos discernible. Y muchas veces, las conclusiones “exitosas” son producto de la asociación y acumulación de datos ambiguos e incompletos que asocian parcial y desordenadamente información y tecnologías (materiales y métodos) para reivindicar los hallazgos. Hacking (1992) muestra como el carácter auto-validado de “los estilos de

⁹²Fernández García, R. y Pásaro Méndez, E. (2017) ¿La identidad sexual es una opción? Un estudio sobre la base genética de la transexualidad. *Cuadernos de Bioética* XXVIII, (3) pp. 343-353.

razonamiento” nos permiten comprender la cuasi-estabilidad de la ciencia. “El discurso científico es un tipo de notación abreviada, en la cual los hechos una vez admitidos, no necesitan más mantener la historia de su fabricación” (Treichler, 1992, p. 86).

El contexto de la controversia

*La realidad no se puede utilizar para explicar por qué un enunciado se convierte en un hecho, ya que solamente después de convertirse en un hecho se logra un efecto de realidad (...)
No deseamos decir que los hechos no existen, ni que no hay tal cosa como la realidad.
En este sentido simple, nuestra postura no es relativista.
Nuestra idea es que la ‘exterioridad’ es consecuencia del trabajo científico, no su causa (...)
Una vez resuelta la controversia, se considera que la realidad es la causa de esta resolución, pero mientras dura la controversia, la realidad es consecuencia del debate.
(Latour & Woolgar, 1979)*

130

Al analizar el recorte que presentamos de una cartografía de las principales controversias que atraviesan la experiencia trans, identificamos una serie de núcleos significativos tanto de desestabilización, como de estabilización. En ese sentido resulta indispensable describir parte del contexto en el que se desarrolla la controversia, en tanto, ciertos acuerdos disciplinares y alianzas político-institucionales han permitido lograr consenso respecto de algunos criterios de abordaje de dicha experiencia.

A pesar de la muerte de Freud en 1939, el psicoanálisis mantuvo su vigencia gracias a los aportes de Jung, Adler y Melanie Klein, entre otros; también cobró visibilidad a partir de fusionarse con las corrientes francesas, principalmente el psicoanálisis lacaniano y la lingüística. Con el descubrimiento del inconsciente, a fines del siglo XIX se abordaba la neurosis como una “enfermedad neurológica sin anatomía patológica”, pasando a mediados del siglo XX a concebirla como una “enfermedad psiquiátrica sin organicidad”. Esta distinción marcará a la psiquiatría del siglo XX hasta fines de los años 70, en que toda patología mental será reconocida definitivamente como orgánica, es decir, como desorden del orden “corporal mental”. La relación de complementariedad entre psiquiatría y psicología se volvió cada vez más evidente, en los EE. UU. durante la década del ‘40 el 70 % de los psicoanalistas eran psiquiatras (Ghaemi, 2010).

El esplendor de la tradición *psi* es la que abonó en parte el surgimiento desmedido de “Clínicas de identidad de género” entre los años ’60 y ’70. En dicho período funcionaron al menos cuarenta clínicas en Estados Unidos y Canadá luego comenzaron a cerrar a partir de la clausura de la *Clínica John Hopkins* en 1979. A fines de los años ’90 sólo continuaban trabajando menos de diez y ya no permanecían vinculadas a universidades (Denny, 1992, p.11), lo que evidencia, en parte, la pérdida de hegemonía que comenzó a sufrir el psicoanálisis a partir de los años ’80.

Evidentemente, los mencionados desarrollos de Money y Stoller inauguraron una nueva mirada acerca de la experiencia transexual, que pasó a considerarse un trastorno de la ‘identidad’ y no de la ‘sexualidad’. De acuerdo al planteo de Russo y Venâncio (2003) entre los trastornos clasificados como orgánicos e inorgánicos existía un tercer tipo, en el que se ubicaban los trastornos que no podían catalogarse como orgánicos, pero tampoco como plenamente inorgánicos, como sería el caso de la transexualidad. Son los denominados “disturbios de personalidad”, ubicados dentro del campo de la psicopatía y que incluían los llamados, comportamientos ‘anti-sociales’. La categoría “disturbios de personalidad” implicaba una nueva forma de comprensión de los trastornos mentales, ni orgánica ni propiamente física, más bien moral, desafiando las teorías psicológicas y biológicas existentes, así como las formas de tratamiento tradicional. Los psiquiatras biologicistas y los psicólogos se disputaban el tratamiento de los ‘psicópatas’; dando lugar a una medicalización de esos ‘disturbios morales’, entre los que podían hallarse: el travestismo, la pedofilia, el voyerismo, el transexualismo, el fetichismo, el sadismo y la homosexualidad.

Los renombrados ‘casos’ de John/Joan (David Reimer) y de Agnes y las repercusiones que de ellos se desprenden⁹³, fueron hitos que marcaron una cierta derrota para el abordaje *psi* a la vez que refutaron la teoría ambientalista. En relación a ello, se

⁹³ Tal es así que después de más de 50 años de aquellos sucesos se siguen produciendo artículos que invitan a reflexionar en torno a ellos. Ver: Colapinto, J. (2004) Gender Gap: What were the real reasons behind David Reimer’s suicide? *Slate*: <http://www.slate.com/id/2101678>. [Consultado en: 08/04/14]. Butler, J. (2001) Butler, J. (2001). Doing justice to someone. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 7, 621–636. Diamond, M., & Beh, H. G. (2006). The right to be wrong: Sex and gender decisions. In S. Sytsma (Ed.), *Ethics and intersex* (pp. 103–113). Berlin Heidelberg New York: Springer.

trata de experiencias que presentaron profundas controversias para el dispositivo de la transexualidad tanto en lo que respecta a las modalidades diagnósticas, como al abordaje terapéutico y las intervenciones corporales. En ese momento, a Money lo avalaba el hecho de ser el máximo especialista en reasignación de sexo y a Stoller, el hecho de ser su principal discípulo.

La clausura de la Clínica del prestigioso Hospital John Hopkins, el escándalo mediático y el cierre masivo de otras clínicas de identidad de género; apremiaron a los profesionales a desarrollar una estandarización tanto de los criterios diagnósticos, como un protocolo consensuado que guiara las intervenciones corporales. La transexualidad ingresa oficialmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en 1975 y en el DSM- III en 1980.

La controversia en torno a la etiología de la experiencia transexual, no se resolvió en esta instancia, sólo se logró una cierta estabilización en cuanto a la categorización, los indicadores diagnósticos y el abordaje terapéutico. A la vez, ganó prestigio la búsqueda de 'la causa' en el plano biológico. Ello, en el contexto de los numerosos desarrollos en el campo de la biología molecular y la popularización del paradigma genético como posible fuente y origen de las más diversas conductas (Rose, 2012).

Así, como profundizamos más adelante, la parcial resolución o el alcance de núcleos de estabilización en la controversia no estuvo dada por la efectiva comprobación de una u otra teoría, sino más bien por el alcance de 'consenso' por parte de ciertos planteos y de legitimidad por ciertos sectores. En definitiva, se trata de poder establecer más que la validez, la institucionalización de las teorías sobre bases estandarizadas y que, por lo tanto, operen como una verdadera «prueba» en las posibles disputas que se susciten. De esta manera, no es sólo el «conocimiento» el que se pretende legitimar, sino las también las prácticas mismas de los profesionales y las políticas de la salud, cuya institucionalización presenta cronologías muy desiguales respecto a las realidades de cada país.

Por otro lado, mostramos que detrás del eje central de la controversia – la causa o etiología de la transexualidad- hay otros objetos a los que les urge definición y que se

vinculan directamente con las distintas posturas esbozadas. Éstos tienen que ver con la delimitación de la transexualidad como una ‘entidad nosológica’ y la posibilidad de homogeneizar una serie de criterios diagnósticos, en tanto estas instancias permitirían regularizar y estandarizar los protocolos de intervención terapéutica, particularmente las terapias hormonales “cruzadas” y las cirugías de reasignación de sexo. Es decir, que lo que se hace evidentemente necesario definir en realidad, son los criterios (técnicos y cognitivos) que permitan determinar la “enfermedad” y la “cura”. A la vez que se torna urgente estabilizar la hibridez, lo que llamamos asepsia de género (Dellacasa, 2013) apunta a una serie de discursos y prácticas normalizadoras que tienen como finalidad reestablecer dicotomía sexual como un imperativo “natural”.

En el caso del fenómeno transexual, un primer núcleo de estabilización se alcanza con la publicación de un primer protocolo de atención (*Standards of care*, 1966). Posteriormente, otro núcleo de mayor importancia se logra a partir de la publicación de regulaciones acerca del tema por parte de dos de las organizaciones de salud más importantes del mundo, la OMS⁹⁴ y la American Psychiatric Association⁹⁵. En este sentido, la controversia que presentamos acerca de la etiología está muy lejos de ser resuelta, se siguen produciendo actualmente estudios y resultados desde ambas posturas. Sin embargo, fue necesario establecer una serie de consensos y acuerdos que permitieran a los profesionales ‘avanzar’ sobre la atención y las intervenciones terapéuticas. La falta de ‘certezas’ acerca de la etiología del malestar ha conducido a desplazar el foco de las investigaciones de esa búsqueda y centrarlo en hallar una serie de indicadores diagnósticos con la finalidad de dar forma a una patología ‘concreta’ y diferenciada trazando los primeros pasos para la construcción de una nosología.

El proceso de patologización de la transexualidad, como parte del dispositivo que se venía implementando, resulta formalmente sistematizado con la inclusión del

⁹⁴ La International Classification of Diseases (ICD o CIE, son sus siglas en español) de la Organización Mundial de la Salud, deriva de la Lista Internacional de Causas de Muerte, que data del año 1900.

⁹⁵ A mediados del siglo XX dicha institución pública la primera versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I, 1952), conocida como la “biblia psiquiátrica”.

‘transexualismo’ en el DSM en 1980 y en el campo psiquiátrico⁹⁶. En este sentido, podría decirse que logra alcanzar cierto consenso la postura que identificamos como ‘ambientalista’ o ‘psi’. La transexualidad ingresa oficialmente en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en 1975, en la novena versión⁹⁷ en la que se presenta como ‘transexualismo’. En la siguiente versión CIE-10 que data de 1989, continúa utilizándose el mismo término.

Si bien la controversia que presentamos no fue resuelta aún, es importante considerar que la base que permitió lograr el consenso y homogeneizar tanto las pautas diagnósticas como las intervenciones terapéuticas devino de la conjunción de varios saberes y campos disciplinares. Así, dentro de las nomenclaturas y documentos ‘oficiales’ a nivel internacional la disforia de género tiene la particularidad de ser un malestar psíquico, un trastorno de la identidad que se presenta en la infancia y que afecta a miles de personas alrededor del mundo. Mientras los psiquiatras o psicólogos, son los especialistas que asumen el proceso diagnóstico, dejan en manos de endocrinólogos, urólogos, ginecólogos y cirujanos las *sucesivas* instancias de intervención terapéutica.

CONTROVERSIAS EN TORNO AL PROCESO DIAGNÓSTICO Y LA INTERVENCIÓN ‘TERAPÉUTICA’

*Es dócil un cuerpo que puede ser sometido,
utilizado, transformado y perfeccionado*

(Foucault, 1985)

Otra de las principales controversias que atraviesa la experiencia transexual -y que como observamos en los relatos está intrínsecamente vinculada con la etiología- tiene que ver con los conflictos que rodearon las primeras cirugías de reasignación de sexo, particularmente las discusiones se centraron en dos ejes. Por un lado, si la cirugía era una

⁹⁶ Un relevamiento de artículos sobre sexualidad publicados en dos de las principales revistas de difusión científica la *American Journal of Psychiatry* y el *British Journal of Psychiatry* entre 1970 y 1980, muestra la inclusión y permanencia del tema ‘transexualismo’ en los debates y su inclusión en discusiones del campo psiquiátrico.

⁹⁷ La Organización Mundial de la Salud pública aproximadamente cada diez años, una nueva versión. Actualmente está en proceso de publicación la 11va.versión.

terapia ‘adecuada’, frente a las opciones que planteaba el campo ‘psi’, como la psicoterapia conductual y el psicoanálisis; por otro, cuál era el modo más apropiado de poner “un límite a la demanda” en el caso de las intervenciones quirúrgicas. La noción de “controversia” en el sentido de Bauer (1995, citado en Vara, 2013), remite a situaciones en que las resistencias a una nueva tecnología ha derivado en discusiones públicas de gran magnitud, que incluso pueden influir en los planteamientos originales de los promotores de dicha tecnología. La red de actores implicados incluyó a los médicos, los psicólogos y psiquiatras, los investigadores, los laboratorios, los hospitales, las personas trans y sus familias, los medios de comunicación, el estado y varias organizaciones internacionales.

Un amplio grupo de profesionales dentro del campo psi expresaron discrepancias en torno a las cirugías que se practicaban experimentalmente y “a demanda”, sin un requerimiento diagnóstico. Principalmente encabezados por los trabajos de Kubie & Mackie (1968) *Critical issues raised by operations for gender transmutation*⁹⁸, Meyer y Hoopes (1974) *The gender dysphoria Syndrome: a position statement on so-called transsexualism*⁹⁹ y el artículo ya mencionado de Meyer y Reter (1979) *Sex reassignment: Follow-up*. Las voces disidentes respecto de la realización de cirugías “a demanda” se expresan a través de un grupo de psiquiatras y psicoanalistas que caracterizan la transexualidad como un “desequilibrio libido sexual psicopático”. Así, algunos psicólogos planteaban que aquellos pacientes que concurrían al consultorio “solicitando una castración de sus miembros sanos eran psicóticos extremos”, o “víctimas de psicosis esquizofrénica paranoica”. Argumentaban que “una cosa era extraer tejido enfermo y otra, muy diferente, amputar un órgano sano porque el paciente se encontraba emocionalmente desequilibrado”¹⁰⁰. Esgrimían que la cirugía no constituía una terapia:

⁹⁸ Kubie & Mackie (1968). Critical issues raised by operations for gender transmutation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 147 (5), 431- 443.

⁹⁹ Meyer y Hoopes (1974). The gender dysphoria Syndrome: a position statement on so-called transsexualism, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 54, 444- 451.

¹⁰⁰ Véase: Greenberg, N.H., A. Rosenwald y P. Nielson (1960). A Study of transsexualism, *Psychiatric Quarterly*, N°34, 203-235; Gutheil, Emil A.(1954). The psychologic background of transsexualism and transvestism, *American Journal of Psychiatry*, 8:231-235 y Gordon (1959). Transsexualism: Report of a case, *Archives of General Psychiatry*, 1, 332-337.

“hay que alejar a los transexuales del quirófano y sentarlos en el diván” (Frignet, 2000) y acusaban a los cirujanos de colaborar con los psicóticos (Meerloo, 1967)¹⁰¹.

Tomando como punto de partida la teoría psicoanalítica lacaniana y sobre una reelaboración de la perspectiva de Millot otros colegas franceses plantearon que si el cuerpo no se reduce solamente a una cuestión biológica, o a una construcción cultural, sólo el psicoanálisis puede abordar una tercera postura, vinculada a la subjetividad corporal, la imagen y la ubicación del cuerpo en el universo simbólico del lenguaje y la cultura (Safouan, 1981¹⁰²; Czermak, 1982, 1986¹⁰³; Morel, 1995, 2000¹⁰⁴; Dor, 1987, 1996¹⁰⁵).

La psicóloga lacaniana Patricia Mercader refiere a la experiencia transexual como una “ilusión” (1997)¹⁰⁶. Desde su lectura, las personas transexuales recurren a una estrategia tautológica, afirmando su “verdadera” pertenencia a un sexo del cual fueron excluidas (1997, p.247) y abriendo el interrogante, respecto de si acceder al pedido de una cirugía no sería transformar el propio deseo en un argumento irascible o en un postulado absoluto. La experiencia transexual, concebida como un desequilibrio psicopático, conduciría a las personas a vivir una “ilusión” y a ver incluso la intervención quirúrgica como una quimera que los transformará en el “otro sexo”. Frignet (2000)¹⁰⁷ alega la imposibilidad del sujeto transexual M-F de relacionarse con su falo, constituyendo una personalidad psicótica y niega la opción quirúrgica: “Los males del transexualismo no desaparecen por un golpe de varita mágica hormono-quirúrgica, ya que su problema fundamental se deriva de la identidad sexual y esta identidad es tributaria del lenguaje” (2000, p.9).

¹⁰¹ Meerloo (1967) *Change of sex and collaboration with the psychosis*, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 124 (2), p. 263.

¹⁰² Safouan, Moustafa (1981) Contribución al psicoanálisis del transexualismo, en: *Estudios sobre el Edipo*. México: Siglo XXI.

¹⁰³ Czermak, Marcel (1982) Précisions sur la clinique du transexualisme, *Le discours psychanalytique*, n.3, p.16-22 y Czermak, Marcel (1986) *Passions de l'Objet. Études psychanalytiques des psychoses*. Paris: Clims.

¹⁰⁴ Morel, Genevieve (1995) *La différence des sexes*. Asoc. cause Freudienne de Lille y Morel, Genevieve (2000) *Ambigüités sexuelles. Sexuation et psychose*, Paris: Anthropos.

¹⁰⁵ Dor, Jöel (1987) Transexualisme et sexe des anges. In *Structure et Perversions* Paris: Denoël y Dor, Jöel (1996) A servidao estética dos travestis. En *Clínica psicoanalítica*, Porto Alegre: Artes Médicas, pp.192- 226.

¹⁰⁶ Mercader, Patricia (1997) *La ilusión transexual*. Buenos Aires: Nueva Visión.

¹⁰⁷ Frignet, Henry (2000) *El transexualismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

En ese mismo sentido y con la proposición de detener las cirugías de reasignación y advertir respecto del “peligro” que conlleva su aplicación “a demanda”, se orientan los trabajos de otro grupo de psicoanalistas freudianos y kleinianos (Limentani, 1979¹⁰⁸; Oppenheimer, 1991¹⁰⁹ y Stein, 1995¹¹⁰).

Un sector dentro de esta postura, además de oponerse a las cirugías, sostiene que la psicología - en sus vertientes conductual y psicoanalítica- puede ofrecer herramientas de abordaje terapéutico. Dichas herramientas consisten fundamentalmente en disuadir a las personas trans de someterse a intervenciones quirúrgicas. La discutida perspectiva de Charles Socarides¹¹¹ puede considerarse como precursora de este tipo de terapias de “reconversión” (Nicolosi, 1997¹¹²); ya que en las primeras décadas del siglo XX desarrolla experimentos terapéuticos para “reorientar” el deseo de homosexuales y transexuales (1969, 1970, 1976, 1977). Concibe las orientaciones sexuales no heteronormativas como una psicopatía y propone una serie de “intervenciones” que buscan reducir, e incluso eliminar la atracción sexual o romántica hacia personas del mismo sexo. Actualmente, algunos de esos controvertidos planteos (Pickstone-Taylor, 2003¹¹³) son retomados por Kenneth Zucker, destacado psicólogo norteamericano especialista en desórdenes de la identidad de género en niños y adolescentes, y sus colaboradores (Bradley, Oliver, Chernick y Zucker, 1998¹¹⁴; Zucker, 2008¹¹⁵). En este sentido resulta escalofriantemente iluminador el trabajo del propio Simon LeVay (1996) donde se compilan los siniestros

¹⁰⁸ Limentani, A. (1979) The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *The International Review of Psychoanalysis*, (6), 139–153, 1979.

¹⁰⁹ Oppenheimer, A. (1991) The wish for a sex change : a challenge to psychoanalysis ? *The International Journal of Psychoanalysis*, (72), 221–231, 1991.

¹¹⁰ Stein, R. (1995) Analysis of a case of transsexualism, *Psychoanalysis Dialogues*, The Analytic Press Vol. 5 (2), pp. 257-289.

¹¹¹ Charles Socarides es un renecido psiquiatra y psicólogo norteamericano que se dedicó al estudio de la homosexualidad con la ferviente convicción de que podía ser revertida, en 1922 fundó la *National Association for Research & Therapy of Homosexuality*.

¹¹² Nicolosi, Joseph (1997) *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach*. Maryland: Jason Aronson Inc.

¹¹³ Pickstone-Taylor, S. (2003). Children with gender nonconformity, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), pp. 266.

¹¹⁴ Bradley, S.; Oliver, G.; Chernick, A.; Zucker, K. (1998) Experiment of Nurture: Ablatio Penis at 2 Months, Sex Reassignment at 7 Months, and a Psychosexual Follow-up in Young Adulthood. *Pediatrics*, 102 (1), pp. E9.

¹¹⁵ Zucker, K. (2008) Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56 (6), pp. 358–364.

esfuerzos clínicos para modificar este tipo de conductas (psicoanálisis, electroshock, tratamientos hormonales, castración química etc.).

Otro grupo de profesionales no se expresa abiertamente en contra de las cirugías de reasignación, sino que dan cuenta de los aportes que la psiquiatría y la psicología pueden brindar para “acompañar” el proceso de diagnóstico e intervención corporal en el caso de las personas que han sido diagnosticadas con “disforia de género” (Blanchard, 1990; Blanchard & Sheridan, 1990; Fraser, 2009; Hoering, 1981; Hoering & Kenna, 1973; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman y Cohen-Kettenis, 2013; Saketopoulou, 2014).

Desde otro ángulo de la controversia, el endocrinólogo Harry Benjamin popularizó el término transexualismo (1953) ratificando las hormonas y la cirugía “de conversión” como únicas opciones de tratamiento para aquellos “pacientes” que presentan una incongruencia entre sexo y género, descartando la terapia psicoanalítica. En sus propios términos, se trata de “ajustar el cuerpo a la mente y no la mente al cuerpo” (1955, 1966). El médico alemán será el primero que intentará una individualización moderna del síndrome, identificando el transexualismo como una: “enfermedad concreta”, cuya etiología respondería a factores endocrinos; distinguiéndose a la vez del travestismo y la homosexualidad.

El hombre y la mujer transexual se siente profundamente infeliz, como miembro del sexo (o género) que se le asigne, de acuerdo a las estructuras anatómicas de su cuerpo, particularmente los genitales. Para evitar malas interpretaciones esto no tiene nada que ver con el hermafroditismo. El transexual es físicamente normal (ocasionalmente con pobre desarrollo). Sus órganos sexuales, tanto los primarios (...) como los secundarios (...) son deformaciones repugnantes que tienen que ser cambiadas por el bisturí del cirujano. Esta actitud parece ser el diagnóstico diferencial clave entre los dos síndromes travestismo y transexualismo (Benjamin, 1966, p. 11 traducción propia).

En lo que respecta a las cirugías, las primeras intervenciones experimentales¹¹⁶ bien documentadas datan de 1921¹¹⁷ y estuvieron a cargo de Félix Abraham en Alemania discípulo de Hirschfeld (Abraham, 1931¹¹⁸). Los defensores de la cirugía ganaban terreno y poco a poco se construía legitimidad en torno a las intervenciones hormonales y quirúrgicas como opciones terapéuticas “válidas” y de un “saber” acerca del diagnóstico, etiología y desarrollo de la transexualidad que se expresaba en la publicación de artículos en revistas científicas especializadas, a través del estudio de casos y la difusión del éxito de las intervenciones.

Sólo el transexualismo conduce al sujeto a un cambio de sexo legal, hormonal y/o quirúrgico, llevándolo a transformar su órgano genital normal en un órgano artificial del sexo opuesto. El transexual varón está convencido de ser una mujer, mientras que anatómicamente es un hombre ‘normal’. Análogamente, la mujer transexual está convencida de ser un hombre, aunque anatómicamente es una mujer (Stoller, 1968, p. 125)

Los defensores de las cirugías sostenían que lograban resolver con éxito los conflictos y la disociación que presentaban los pacientes entre imagen corporal e imagen mental. A la vez que adherían a una teoría etiológica de la transexualidad que se centraba en su carácter no psicopatológico y es uno de los puntos más álgidos en la discusión con los psicoanalistas y la disputa entre los dos campos del saber.

La psicoterapia que tiene como objetivo curar la transexualidad con los métodos actuales es un cometido inútil. La orientación de género falsa en la mente del transexual no puede cambiarse (...) Puesto que es evidente, por lo tanto, que la

¹¹⁶ Se trata de Rudolf/Dora el primer caso identificado como transexualismo masculino tratado con cirugía. Aunque, la ablación de los ovarios en los casos de mujeres diagnosticadas como histéricas era una práctica quirúrgica muy común antes de 1900.

¹¹⁷ Esta fecha corresponde a la primera intervención bien documentada, sin embargo desde 1912, Magnus Hirschfeld ya venía desarrollando diferentes investigaciones acerca de las glándulas endocrinas y menciona un implante de ovarios en un hombre. A su vez en 1917, Harold Gillies, cirujano británico declaró haber practicado las primeras faloplastias experimentales durante la Primera Guerra Mundial con soldados mutilados.

¹¹⁸ Abraham, François (1931) *Perversions sexuelles*. Paris: François Aldor.

mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, es lógico y justificable intentar lo opuesto, ajustar el cuerpo a la mente (Benjamin, 1966, p. 91, traducción propia).

De acuerdo al trabajo desarrollado por Lothstein y sus colaboradores (1981)¹¹⁹ en la *Gender Identity Clinic* de Cleveland, el dictamen de que el transexualismo es resistente a la psicoterapia ha llevado a muchos investigadores a ver la cirugía de reasignación de sexo como la única alternativa elegible y a descartar la psicoterapia como inviable. De cincuenta casos de pacientes con disforia de género tratados en dicha clínica, el 70% se ajustó a soluciones no quirúrgicas.

Otro de los puntos de la álgida controversia, entre un sector del campo *psi* y los médicos que alentaban el desarrollo de terapias hormonales y quirúrgicas para los transexuales era -en el caso de considerar la cirugía de reasignación como opción terapéutica- cuál sería el parámetro para la restricción de “la demanda”. Los primeros, no creían que debieran practicarse cirugías ante la sola solicitud de los ‘pacientes’. Para Frignet, con el cambio conceptual producido por la valorización del género en detrimento del sexo, la transexualidad abandona equivocadamente el ámbito de lo patológico para convertirse en un fenómeno social “que permite considerar la voluntad de cambiar de sexo como un derecho del hombre más” (Frignet, 2000, p. 94). El principal argumento de este sector del campo *psi* tiene que ver con una crítica al “imperativo tecnológico” que reina entre algunos profesionales de la salud.

“La ciencia le ofrece al transexual la posibilidad de transformación, en base a la aplicación de los avances tecnológicos, que son administrados en silencio, sin hacer demasiadas preguntas acerca del sujeto”, en la opinión de Lothstein (1983, p. 86), el sujeto transexual se conforma como “materia prima” para la experimentación de los avances tecnológicos.

En la mayoría de los casos, se plantea la necesidad de una evaluación profunda de las circunstancias, tanto subjetivas e interpersonales, como físicas de las personas que

¹¹⁹ Lothstein, L. y Levine, S. (1981) Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients, *Archives of General Psychiatry*, Vol 38 (8), pp. 924-929.

solicitaban ser intervenidas y la construcción de un minucioso diagnóstico. En este sentido varios trabajos abordan los aspectos controversiales del diagnóstico psiquiátrico (Saadeh, 2004)

Un capítulo aparte requeriría los esfuerzos y producciones teóricas desde las más variadas disciplinas, destinadas a “medir” grados e identificar “marcadores” para clasificar a los sujetos en una escala de masculinidad y feminidad, con todas sus variantes, como en el renombrado *Sexual Brain*¹²⁰.

En el caso que abordamos de la experiencia transexual algunos trabajos presentan cuestionarios y tests para el diagnóstico, así como evaluaciones acerca del uso y resultados de estas herramientas (Bergero Miguel, Ballester, Gornemann, Cano, G. y Asiai, 2012; Coleman y Bockting, 1993; Lobato 2009; Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011).

Las “pruebas” y “signos” diagnósticos se erigen como el propio “límite”, que se conforma sobre la base de la convicción subjetiva del paciente, su grado de angustia y su insistencia en la operación. El conflicto desatado entre los defensores de las intervenciones quirúrgicas y aquellos que se manifestaban a favor de una modalidad terapéutica alternativa a la cirugía, provocó cierto apremio hacia los médicos para que regularizaran las políticas de tratamiento y desarrollaran algún mecanismo que permitiera “medir” niveles o grados en la construcción del diagnóstico.

De la mano de Norman Fisk (1974¹²¹) surge el concepto de disforia de género, con la intensión de dar cuenta de la ansiedad y la angustia que produce el conflicto entre identidad sexual y genitalidad. Basándose en la distinción clásica entre homosexuales, transexuales y travestis acuñada por Harry Benjamin, Fisk y su equipo se embarcan en una investigación tratando de discriminar en qué casos la intervención quirúrgica es beneficiosa para el tratamiento y en cuáles no. En relación a ello, se propone identificar

¹²⁰ Entre algunos de ellos: LeVay, Simón (1993) *The Sexual Brain*, Cambridge: The MIT Press. Moir, A. y Jessel, D. (1989) *Brain Sex: The Real Difference Between Men and Women*, New York: Dell. Brizandine, L. (2015) *El cerebro femenino*, Barcelona: RBA y Brizandine, L. (2014) *El cerebro masculino*, Barcelona, RBA.

¹²¹ Fisk, Norman (1974) Gender Dysphoria Syndrome. The Conceptualization that Liberalizes Indications for Total Gender Reorientation and Implies a Broadly Based MultiDimensional Rehabilitative Regimen. *Western Journal of Medicine*, N° 120 (5), pp.386-391.

una serie de criterios diagnósticos que permiten la diferenciación entre transexualismo primario- “o verdadero”- y secundario en función de la edad de aparición, la intensidad de la disforia, etc. (Person y Ovesey 1974; 1974b¹²²). Es para el transexual primario o verdadero, en términos de Benjamin (1966), para el que inicialmente estaría indicada la cirugía de reasignación con el objetivo de favorecer la “adecuación del cuerpo a la mente”. En esta misma línea, un conjunto de trabajos ensayan diferentes tipologías y clasificaciones de personas transexuales en base a su orientación sexual (Bentler, 1976; Blanchard, 1989).

Los criterios previos que servían como referencia para distinguir al transexual “verdadero”, basados en la narración de una historia biográfica “adecuada”, el sentimiento de aversión a los genitales, y una cierta asexualidad; serán sustituidos por el “passing”. Es decir, la capacidad de mimetizarse con el género deseado durante al menos un año, lo que incluye el reconocimiento por parte de “los otros” como persona perteneciente a ese género (Bockting, 2008). En este sentido varios trabajos abordan los aspectos controversiales del diagnóstico psiquiátrico (Saadeh, 2004) y la llamada experiencia de vida real (Balzer, 2011; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Garaizabal, 1999; Gooren, 2003; Zucker, 2010).

TODO CONOCIMIENTO ES POLÍTICO¹²³

Los enfoques construccionistas y la teoría Queer. Un desplazamiento en el foco de la controversia

*El tecnocuerpo de Agnès,
verdadero monstruo sexual fascinante, self designed,
es producto de la reapropiación y del agenciamiento colectivo
de las tecnologías de género
para producir nuevas formas de subjetivación.*

(Preciado, 2009)

¹²² Person, E. y Ovesey, L. (1974a) The Transexual Síndrome in Males. I Primary Transsexualism, *American Journal of Psychotherapy*, N° 28, pp. 4- 20 y Person, E. y Ovesey, L. (1974b) The Transexual Síndrome in Males. II Secondary Transsexualism, *American Journal of Psychotherapy*, N° 28, pp. 174 -193.

¹²³ El título de este apartado hace referencia al artículo de Roca, A. (2011) Todo conocimiento es político, sólo se trata de saber quién es el amo, *Revista Espacios*, Dossier “Pensar Filo” como “Humanidades”, N° 48, pp. 1-14.

El término Queer se ha utilizado en la cultura anglosajona como un insulto hacia gays y lesbianas, quienes comenzaron a apropiarse de este término para autodenominarse, intentando mostrar orgullo como respuesta a la homofobia. Uno de los principales obstáculos al analizar esta teoría es justamente, dilucidar la débil frontera entre teoría y práctica.

La teoría Queer propone la hibridación – entendida como un proceso individual como forma de resistencia a las ideologías hegemónicas. En este sentido, resulta fundante el concepto de cyborg de Haraway, entendido como transgresión de los límites, como la fusión y la posibilidad de que cada vez más personas se atrevan a explorar su militancia política. Sin embargo, la teoría Queer también presenta limitaciones en su intento por desestabilizar los dualismos normal/anormal, natural/artificial, sexo/género, masculino/femenino; ya que al organizarse contra la heteronormatividad, termina confrontando con la quimera de ubicarse por fuera de la sociedad que critica, como si ello fuera posible (López Penedo, 2008).

Uno de los aportes significativos de la teoría Queer es su cuestionamiento a una noción de identidad fija, natural y coherente y que permite vincularla con las nociones de género y sexualidad como construcciones sociales. Esta perspectiva se nutre, por un lado, de la llamada crítica feminista de la ciencia -en la que se alinean autoras como Harding, Jordanova, Strathern, Haraway, Martin, entre muchas otras-; por otro, de las propuestas foucaultinanas y la perspectiva de la identidad de género como performance (Butler, 1993, 2001), a la vez que de una mirada desnaturalizadora del sexo a partir de lecturas generizadas de los cuerpos (Fausto Sterling, 2006; Laqueur, 1990).

Sólo presentaremos brevemente esta postura, en tanto un análisis más profundo excedería los objetivos de esta tesis. La Teoría Queer nació en Estados Unidos en la década del '90 signada por un interés tanto académico como militante fruto de la necesidad de forjar conceptos para hacer inteligible una opresión que en otros marcos teóricos quedaba invisibilizada. Muchos de los autores y autoras que abonaron a dicha corriente lo hicieron desde una práctica militante. Así esta postura, proveniente del

campo de las ciencias sociales y humanas, vendrá a discutir con las teorías sobre la sexualidad humana que se presentaban consolidadas hasta ese momento y que propondrá una ruptura con la concepción patológica de la transexualidad en base a un desplazamiento del origen del malestar desde el individuo a la estructura social. En este sentido, el eje de la controversia deja de situarse en la etiología de la disforia, ya que el propio status patológico de la experiencia resulta cuestionado; y pasa a ubicarse en los efectos del malestar. En este planteo, la discriminación y la falta de adecuación que sufren las personas trans se debe a la opresión de una sociedad binaria y heteronormativa, que sólo reconoce dos identidades de género, que se corresponden con dos cuerpos genítalmente diferenciados y entre las que existiría un vínculo de atracción.

Los desarrollos de la Teoría Queer incluyeron las voces de algunas personas trans cuya pertenencia académica facilitó su visibilización y les habilitó espacios 'legítimos' de producción de conocimiento en ciertas universidades, y de publicación de sus producciones en revistas científicas. En este sentido, surgieron también algunas publicaciones especializadas en el área de los estudios de género y las diversidades, los llamados estudios LGBTI.

En los años '90 surgen específicamente una serie de trabajos denominados *Transgender Studies*¹²⁴, en ellos, las personas trans se narran en primera persona y con voz propia, en tanto al acceder a espacios de formación y producción académica han dado forma a una nueva comprensión científica y política del tema. Al transformar la relación investigador/investigado, los 'objetos' se revelan y se enuncian con voz propia. Esta perspectiva al tiempo que influenció los estudios de género, también impactó en el propio colectivo trans y sus experiencias dando forma a una modalidad de activismo académico¹²⁵. En este sentido, surgieron también algunas publicaciones especializadas en el área de los estudios de género y las diversidades como: *International Journal of Transgenderism*, *Transgender Studies Quarterly*, entre otras.

¹²⁴ Ver: Stone, 1991; MacKenzie, 1994; Whittle, 1998; Stryker & Whittle, 2006; Stryker, 1994 y 2008; entre otros.

¹²⁵ Ver: Devor, 1989; 1997; Preciado, 2002, 2008; Stryker & Whittle, 2006; Stryker & Aizura, 2013; entre otros

La problematización de la rigidez de las identidades sexuales y el cuestionamiento de una naturaleza sexual binaria, devino en muchos casos en un rechazo a las intervenciones corporales -particularmente las quirúrgicas- que tienden a reproducir la estabilidad y el binarismo. Este planteo incluye además las voces de algunxs activistas trans cuya pertenencia académica facilitó su visibilización y les habilitó espacios ‘legítimos’ de producción de conocimiento en ciertas universidades y de publicación de sus producciones en revistas científicas. En este sentido, podemos pensar en un colectivo cognoscente ‘lego’ que paulatinamente se conformó en ‘experto’, disputando los espacios y la producción de conocimiento en los mismos términos academicistas que el resto de los ‘científicos’.

Las ‘verdades’ del relato de la ciencia y sus consecuencias políticas

*¿Existe un buen modo de categorizar los cuerpos?
 ¿Qué nos dicen las categorías?
 Las categorías nos dicen más
 sobre la necesidad de categorizar los cuerpos
 que sobre los cuerpos mismos*

(Butler, 2011)

El mapeo de las controversias que atraviesan la experiencia trans, como mostramos, es una pretensión sumamente ambiciosa y que por sus propias características dinámicas nunca logra presentarse como acabada. En este sentido, lo que finalmente hemos alcanzado como producto de las reflexiones de este capítulo, es visibilizar las conexiones múltiples de sentido. Ello incluye percibir avances y retrocesos y un proceso que es antojadizo, dinámico y fluido, hasta por momentos inabarcable. Toda historia es una historia situada. Pero también la mirada del observador es una mirada situada en un momento, un lugar y unas circunstancias. Y sólo podemos transmitir lo observado emprendiendo la difícil tarea de contar, sabiendo que la historia narrada no puede nunca se completa ni definitiva porque no es posible alcanzar la posición de quien todo lo ve y todo lo comprende (Haraway, 1997).

En vez de contraponer las entidades y la historia, el contenido y el contexto, es posible describir el envoltorio de un actor, es decir, sus realizaciones en el espacio y en el tiempo. No existen por tanto tres palabras, una para las propiedades de una entidad, otra para su historia, y una tercera para el acto de conocerla: lo único que existe es una red continua (Latour, 2001, p. 364).

La red de sentidos (Law, 1992 y Haraway 1995) que pretende evidenciar las percepciones y las conexiones múltiples, prácticamente no tiene fin, en tanto aspira a reflejar una serie de asociaciones múltiples con intereses diversos. La noción de traducción de Latour remite al “desplazamiento, deriva, invención o mediación: la creación de un lazo que no existía con anterioridad y que en cierta medida modifica los dos iniciales” (2001, p.214). En nuestro ejemplo podría ser el vínculo cuasi causal que se establece desde algunos planteos entre impregnación de hormonas en el cerebro e identidad de género. El proceso de combinación de entidades, modifica el propio acto de encuentro, dando lugar a la emergencia de una nueva entidad.

Por otro lado, el concepto de mediación (Serres, 1991), remite a aquello que se mueve entre las cosas, como comunicación, intercambio, traducción o sustitución. La mediación como traducción de metas, cajaneización, y delegación, se presentan como alternativa a las visiones que sostienen la neutralidad de la (bio)tecnología o bien su supremacía sobre lo humano (Latour, 2001).

Las narrativas científicas refuerzan una imagen de la ciencia homogénea y presentan el resultado del tedioso trabajo científico como un hecho consumado, al mismo tiempo que promueven esperanzas de que “la ciencia podrá con ello”. El tipo de verdad que construye el “relato de la ciencia”, absoluta, neutra y universal tiene inevitables consecuencias políticas. Cuando consideramos el discurso científico sobre la biología humana no como un relato, sino como un “espejo de la naturaleza” más que una representación de la naturaleza, asumimos que trasciende el tiempo y el espacio (Gordon, 1998).

En ese sentido, el dar nombre es una operación política y ésta es indisoluble del control técnico y material, en tanto ordena y jerarquiza a cada parcialidad en un sistema de relaciones. El “monopolio gnoseológico”, como lo llamó Pratt (1987), está en crisis. El proceso de conformación y avance de nuevos colectivos cognoscentes la potestad absoluta e inapelable de la ciencia comienza a debilitarse y sus esquemas explicativos devienen caducos y ‘retrogradados’ para los contextos y demandas actuales. Así, la crisis de las categorías basadas en los dualismos modernos y los relatos universales nos conduce a articular otras perspectivas. Partiendo del antecedente de los cuestionamientos surgidos desde los movimientos descolonizadores, ambientalistas, estudiantiles, feministas y LGBTI, tal vez uno de los más poderosos signos de estos tiempos, emergen sujetos que intentan definir por sí mismos sus experiencias y plantean, reclaman o rediseñan respuestas e intervenciones, en los términos que ellxs consideran más adecuados (Roca, 2011).

CAPÍTULO III

148

La experiencia trans y el dispositivo de salud en Argentina

En esta dimensión de análisis recurrimos a la etnografía para mostrar cómo operan la racionalidad, la construcción de conocimiento y categorías, y las trayectorias disciplinares en el contexto hospitalario. Nos adentramos en el campo empírico y en las rutinas hospitalarias, con la intención de mapear las respuestas médico-institucionales al fenómeno trans. Al dar cuenta de las dinámicas que atraviesan la cotidianeidad de los espacios de atención, evidenciamos las transformaciones que sufrieron las prácticas y los discursos de los profesionales a partir de los cambios en la legislación. En este sentido, identificamos una serie de rutinas que permiten materializarlos e imprimirles características particulares en el contexto hospitalario. No sin dejar de lado, los debates y la incertidumbre que generó la nueva Ley al interior de los equipos, particularmente la despatologización de la experiencia trans y las controversias que rodean esa postura.

Con el propósito de mostrar cómo las controversias que presentamos en el capítulo anterior se materializan en la atención hospitalaria, recuperamos las “teorías nativas” de nuestros informantes y las tradiciones que les sirven de base. La propuesta consiste en poner ‘en diálogo’ las construcciones teóricas de los textos científicos con las narrativas ‘situadas’ y las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud abordadas en el trabajo de campo en los hospitales. Todo ello, con la intención de evidenciar los discursos y categorizaciones que operan habilitando las intervenciones tecnológicas en los cuerpos y la construcción de subjetividades.

Caracterización del universo de estudio en hospitales públicos

El trabajo de campo permitió desplazar el análisis de los aspectos históricos y los artefactos tecnológicos para focalizarlo en las dinámicas que atraviesan la cotidianidad de los espacios de atención y las prácticas que permiten materializarlos e imprimirles características particulares en el contexto de nuestro país.

El primero período del trabajo de campo, entre octubre de 2010 y junio de 2012, corresponde a una primera etapa exploratoria y de acercamiento a la temática. En dicho período, se hizo visible un aumento de las demandas de reasignación –tanto en el ámbito jurídico, como en los espacios de atención hospitalaria- y comenzaron a presentarse y discutirse los proyectos que posteriormente conducirían a la efectiva sanción de la Ley de Identidad de Género en mayo de 2012. Asumimos la promulgación de dicha legislación como un hito en el trabajo de campo y la abordamos como un cierre –provisorio- en el proceso de investigación, dando lugar a una primera etapa de sistematización de los datos y registros, así como a una instancia de reflexión teórica y escritura.

La segunda etapa, se inicia a mediados de 2013 y finaliza a comienzos de 2017. En dicho período, se han conformado nuevos equipos de atención en distintos puntos del país, se ha reglamentado el artículo 11° de la Ley que regula el trabajo en los hospitales públicos (Decreto 903/2015), se ha generado una articulación entre diferentes secretarías y programas gubernamentales y se han publicado tres guías de atención de la salud para personas trans, orientadas a los profesionales.

LOS MODOS DE CONOCER Y DE CATEGORIZAR QUE CONSTRUYEN LOS PROFESIONALES

*Habría que preguntarse quién define la identidad.
¿Quién es el dueño de este sentimiento
que sólo percibe en lo profundo de su ser, cada uno de nosotros?
¿La ley, la medicina o las personas?*

(Bernardo, Psiquiatra y Sexólogo)

151

Ser parte del universo médico

El ser parte del universo médico y sus especialidades implica mucho más que aprender un lenguaje y una serie de conocimientos básicos, involucra fundamentalmente aprender una serie de prácticas que permite a los que ejercen la medicina, afrontar y formular la realidad de un modo específicamente médico (Good, 1994).

La enfermedad entendida como un fenómeno natural y el cuerpo como una representación de la naturaleza remiten al dualismo cartesiano de la materia como opuesta al espíritu. En este esquema, la enfermedad es concebida como un mecanismo, no un pecado, no un infortunio o un castigo; a la vez que el modelo salud/ enfermedad responde a indicadores objetivos, materiales, anclados en el cuerpo físico y que son autónomos de las conductas y percepciones subjetivas del paciente.

BUENO, LO QUE PASA ES QUE ES ASÍ ESTO PORQUE...NOSOTROS NO TENEMOS UNA FORMACIÓN TAN ETÉREA COMO PASA EN LA PSICOLOGÍA O EN LA PSIQUIATRÍA INCLUSIVE...EN LA PSIQUIATRÍA HASTA POR AHÍ, O HASTA...TODAS ESAS ESPECIALIDADES HUMANÍSTICAS QUE SE MANEJAN POR...POR CONDUCTAS, POR IDEALISMO, POR... LO NUESTRO ES MUY PRAGMÁTICO, MUY ESTRUCTURADO, VISTE?LA MEDICINA ES: FALTA SANGRE, PASA SANGRE... (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Si bien la biomedicina recupera dicha división cartesiana del hombre (un cuerpo cual máquina mortal capaz de explicaciones mecanicistas y manipulaciones varias y un alma inmortal, inmaterial y regida por la autoridad moral); ese dualismo de orden

ontológico es sustituido por uno de orden epistemológico que focaliza en dos formas diferentes de conocer la ‘realidad’: la conciencia subjetiva y el observación directa. El verdadero dualismo no se aloja entre la ‘sustancias’ (cuerpo/alma), sino entre el médico y el paciente (Sullivan, 1986). Las emociones y la subjetividad no son el idioma adecuado para comprender la naturaleza, las emociones pueden causar enfermedades psicosomáticas, pero no funcionales o reales (Kirmayer, 1988).

DIGAMOS ME PARECE QUE LO IDEAL SERÍA QUE LA PERSONA EMPIECE A TRAVÉS DE...DIGAMOS DE UN DIAGNÓSTICO IMPARCIAL Y EMPIECE CON HORMONAS...NO ME PARECE CORRECTO LO QUE PASA EN LA REALIDAD QUE VIENEN YA: "NO, YO SOY MUJER"...NO, PARÁ! (GASTÓN, URÓLOGO)

CREO QUE EL DIAGNÓSTICO NECESITA MADURAR Y PASAR POR MUCHA GENTE COMO PARA...PORQUE ES ALGO MUY IMPORTANTE PODER CERTIFICAR. QUE TODOS DIGAN: "SÍ, ÉSTE TAL COSA", DIGAMOS..."SÍ, ESTO ES BLANCO; SÍ, ESTO ES BLANCO; SÍ ESTO ES BLANCO; SÍ ESTO ES BLANCO"...DIGAMOS, NO ME PARECE QUE UNO TE DIGA: "ESTO ES BLANCO", ES SUFICIENTE (LUCIANO, URÓLOGO)

En lo que respecta a la dimensión epistemológica, es importante considerar cómo se construye el mundo médico para quienes aprenden a serlo, como una forma específica de realidad. La medicina formula el cuerpo humano, la enfermedad –y la sexualidad agregaría yo- de una manera culturalmente específica (Gordon, 2003, p.130). En este sentido resulta útil la perspectiva foucaultiana de que los discursos médicos funcionan como contextos que “no consisten en signos (significando elementos que remiten a contenidos o representaciones), sino de prácticas que sistemáticamente forman los objetos de los que hablan” (Foucault, 1979, p. 49).

NOSOTROS NOS FORMAMOS SOBRE EL TEMA SEXO EN LO QUE SE REFIERE AL APARATO GENITAL EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD, PERO EN LO QUE SE REFIERE A SEXO A NIVEL PSICOLÓGICO NO SABEMOS NADA... (PABLO, URÓLOGO)

NOSOTROS VEAMOS UN PENE Y DECIMOS QUE ES VARÓN, Y NO NOS IMPORTA NADA...EEH...Y BUENO, ES LO QUE ESTÁ TRATANDO DE...DE CAMBIAR CON TODO ESTO...ESTAS NUEVAS TENDENCIAS QUE HAY SOBRE DIVERSIDAD DE GÉNERO Y TRATAR DE AMPLIAR UN POCO...EEH...LA CABEZA, EL TRATAR DE ABANDONAR LO GENITALISTA DEL SEXO...EEH...TRATAR DE...DE ABANDONAR ESE PARADIGMA DE...DEL BINOMIO, NO?
(ANDRÉS, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Las disputas por denominar

153

A propósito del uso de términos técnicos, Cohen (1988) refiere a un “capital cultural distintivo” que no basa su poder en la autoridad tradicional, sino en sus pretensiones de veracidad, prohibiendo así cualquier apelación al sentido común y la moral y produciendo discursos “desencarnado(s), descontextualizado(s) y auto-fundado(s)”.

Como ya mencionamos, entendemos que “dar nombre” es una operación política (Pratt, 1987) que ubica a los objetos y a los sujetos en un sistema de relaciones, a la vez que ordena los límites en las discusiones y los debates. Dicha perspectiva se opone al planteo de un discurso científico que se pretende neutro, transparente y universal, en el que nombrar a través del lenguaje es simplemente ‘reflejar’ la realidad.

El saber médico resulta definido por Menéndez y Di Pardo como una articulación entre el conocimiento científico-técnico aprendido en la formación universitaria; el saber práctico y técnico incorporado en el desempeño profesional; las costumbres ocupacionales adquiridas a partir del trabajo en las instituciones médicas y “la apropiación y resignificación de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas” (1996, p. 58). Todo ello conforma un conjunto de saberes al que los profesionales recurren para diferenciarse y a la vez para manejar las representaciones y las prácticas de los conjuntos sociales.

NOSOTROS NO HABLAMOS DE ‘CAMBIO DE SEXO’, PREFERIMOS NO USAR ESOS TÉRMINOS. UNA CIRUGÍA NO PUEDE CAMBIAR EL SEXO, NO TIENE ESA POTESTAD. ¿CUÁNDO A UN HOMBRE LO TENEMOS QUE OPERAR POR UN TUMOR EN EL PENE ¿LO ESTAMOS TRANSFORMANDO EN MUJER? LO QUE EN REALIDAD SE PRACTICA

AL PACIENTE ES UNA CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO, ESO ES LO ADECUADO (ENTREVISTA A DARÍO URÓLOGO Y CIRUJANO EN UN MEDIO GRÁFICO NACIONAL)

QUE QUEDE BIEN CLARO QUE YO NO HAGO CAMBIO DE SEXO, SÓLO INTERVENGO A PERSONAS BIEN DEFINIDAS QUE HAN NACIDO CON LOS GENITALES DEL OTRO SEXO. YO CONTRIBUYO A QUE LA PERSONA SE ENCUENTRE CON SU SEXO PSÍQUICO, PARTIENDO DE LA BASE DE QUE NO SE TRATA DE UNA PERVERSIÓN SINO DE UNA PATOLOGÍA (ENTREVISTA A AUGUSTO URÓLOGO Y CIRUJANO EN UN MEDIO GRÁFICO NACIONAL)

154

Una de las formas de afirmar la neutralidad y disputar legitimidad a ‘otros’ saberes es la creación del lenguaje científico, axiomáticamente escindido del lenguaje de la creencia, el ‘vulgar’. Este lenguaje técnico implica también un vocabulario especializado que “es totalmente esotérico, esto es, virtualmente incomprensible para el profano” (Cohen, 1988, p. 405), cuyo uso y conocimiento establece una diferencia entre quienes verdaderamente lo hablan y entienden y quiénes no. En ese sentido, el lenguaje médico censura y corrige las formas de divulgación popular y las tergiversaciones producto de los medios de comunicación. En este caso, ante ‘lo delicado’ del problema, la temática debe analizarse y comunicarse en los términos técnicos ‘adecuados’; y que sólo el lenguaje científico despojado de subjetividad, puede proveer.

LA GENTE TIENE MUCHAS FANTASÍAS EN TORNO A ESTE TEMA, NOSOTROS NO SOMOS DIOS PARA ANDAR CAMBIANDO DE SEXO A LA GENTE. Y SON COSAS QUE EN EL MOMENTO TE DAN RISA, PERO QUE GENERAN TODA UNA BOLA DE DESINFORMACIÓN QUE DESPUÉS TE IMPLICA UN LABURO BÁRBARO... TENÉS QUE ESTAR TODO EL TIEMPO EXPLICANDO... LIDIAR CON LAS IDEAS QUE LA GENTE TIENE EN LA CABEZA NO ES FÁCIL, CON LAS IDEAS QUE FABRICAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE ESTO Y SOBRE LA MANIPULACIÓN DE LA NATURALEZA...YO CREO QUE SE HACEN LA PELÍCULA DEL CIENTÍFICO LOCO, DEL PERVERSO, AL ESTILO DE FRANKENSTEIN... (ENTREVISTA A JAVIER CIRUJANO)

Esta afirmación permite visibilizar una disputa por la legitimidad en las denominaciones. En el terreno médico ‘ellos’ son los expertos y no ‘la gente’. Denominar

es ejercer control cognitivo, es una parte importante del proceso de producción de conocimiento que sirve a los fines de legitimar la intervención sobre el cuerpo y la naturaleza (Roca, 2011).

-UNA TELENOVELA HIZO LA GENTE ASOCIAR TRAVESTISMO CON TRANSEXUALIDAD. EL PERSONAJE CENTRAL ANSIABA VIAJAR A CHILE PARA OPERARSE ...-

(INTERRUMPIENDO) DE TODOS MODOS, LAS TELENOVELAS ENGAÑAN Y LA DIFERENCIA ES TAJANTE: EL TRAVESTI ESTÁ CONFORME CON SU SEXO Y PERDER EL PENE LE SIGNIFICARÍA UNA CASTRACIÓN TAN TRAUMÁTICA COMO PARA EL HOMBRE COMÚN (ENTREVISTA A AUGUSTO EN UN MEDIO GRÁFICO NACIONAL)

LA GENTE, DESDE EL SENTIDO COMÚN SE CONFUNDE, PARA NOSOTROS ESTÁ PERFECTAMENTE CLARO QUE SON DOS COSAS DISTINTAS, TRAVESTIS Y TRANSEXUALES NO SON LA MISMA COSA. (LAURA, GINECÓLOGA)

A su vez, el lenguaje científico habilita la traducción a una denominación neutra: ¿Qué otra cosa es un diagnóstico? La designación ‘objetiva’ de un padecimiento mezclado en sensaciones y descripciones subjetivas o de sentido común, que es preciso decodificar y ‘traducir’, para definir una intervención.

Los cuerpos son manipulados no para producir metáforas o discursos, sino para producir conocimiento y esos conocimientos y prácticas ‘crean’ nuevos significados.

HAY DEFINICIONES CLARAS Y ESTRICTAS DE MICROPENE Y ESAS COSAS Y BUENO...Y HAY TÉCNICAS Y DESARROLLOS QUIRÚRGICOS PARA PODER, POR LO MENOS, ADECUAR UN POQUITO MÁS A LA NORMALIDAD. (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Los discursos médicos que ‘crean’ el sexo y el género

El recorrido planteado en torno a la deconstrucción de la relación causal, necesaria y unívoca establecida entre los conceptos de sexo y género, nos conduce a la paradoja de que tampoco ambos conceptos pueden pensarse como autónomos. De lo contrario, terminaríamos por asumir la dimensión biológica, corporal (sexo) como algo

inmutable e immanente al individuo; y al género, como el conjunto de comportamientos y rasgos de personalidad, como algo inherentemente variable y modificable culturalmente. Lo que supondría entender la cultura y la naturaleza como dos ámbitos diferenciados, con la idea de que dicha oposición corresponde a una diferencia real, aunque se trate en realidad, del producto de una operación cultural.

En este apartado analizamos las categorizaciones que los profesionales de la salud construyen en torno de los conceptos de sexo y género. Nos preguntamos, ¿A qué remiten estas categorías para quienes las ‘manipulan’ en su quehacer diario? ¿De qué modo su ‘hacer’ científico ‘crea’ sentidos?

La distinción conceptual sexo/género y su vinculación tanto con la identidad sexual como con las prácticas sexuales resulta fundamental a la hora de verificar que para el razonamiento médico básicamente existen dos tipos de seres humanos en relación a su sexualidad: los heterosexuales y los homosexuales; incluso ante la presencia de personas que se identifican como bisexuales y que no puede ubicarse estrictamente en una u otra categoría, se tiende a encasillarlas dentro de la homosexualidad o de un trastorno de personalidad.

CREO QUE LA BISEXUALIDAD ESTÁ ASOCIADA A LA ESQUIZOFRENIA, A ENFERMEDADES EN LAS QUE HAY UNA DIVISIÓN DE LA PERSONALIDAD. PORQUE ME PARECE COMO QUE UNA PERSONA QUE ESTÁ COMO, QUE ESTÁ INDEFINIDA, EN UN TEMA ¿NO?... TIENE UNA... COMO QUE... (PIENSA)... EN ALGÚN PUNTO TIENE DOS O TRES PERSONALIDADES, Y ESO UN POCO ASUSTA ¿NO? IMAGINARSE QUE ALGUIEN CON QUE UNO TRATA, ES UNA PERSONA, UNA BUENA PERSONA ENTRE COMILLAS, DE GOLPE EN LA CASA, SE DISFRAZA SE PONE LOS TACOS ALTOS Y SE PINTA LOS LABIOS Y SALE... ES RARO ESO, PERO BUENO, SOMOS ASÍ LOS SERES HUMANOS (HERNÁN, ENFERMERO)

En los sucesivos encuentros y entrevistas con distintos profesionales de la salud que atienden a personas transexuales en hospitales públicos, se les pidió que se exhibieran en torno al concepto de ‘sexo’ y seguidamente se les preguntó por el concepto de ‘género’, como veremos los propios profesionales construyen significados que contemplan sentidos contradictorios.

Darío es urólogo y cirujano, desde el año 2001 realiza intervenciones de “reasignación de sexo”. Fue pionero en nuestro país y es un referente en la temática tanto en los medios de comunicación como en el ámbito académico. Además, Darío es docente, jefe de cátedra en la universidad y del equipo en el hospital, a la vez ha funcionado como nuestro informante clave y ‘portero’ en este hospital. Se encargó de presentarnos a varios profesionales y presenció o se mantuvo muy cerca, en las primeras entrevistas que hice a otros integrantes del equipo, sobre todo en el caso de médicos residentes. Coordinó algunos de los horarios en que podía hacer entrevistas, no sin alternar con varios intentos fallidos y me ‘prestó’ por no más de media hora (reloj mediante) a algunos de sus ‘colaboradores’.

Estoy un tanto nerviosa, es mi cuarta visita a este hospital y ya lo he recorrido más de una vez. Estamos con Darío en el buffet del hospital, no elegimos mesa, permanecemos acodados en la barra de un sector de la cafetería esperando a uno de los médicos residentes que está haciendo su especialización en urología en el equipo. Mantenemos una charla informal mientras hacemos tiempo y Darío comenta (registro de campo, diciembre de 2011):

EL SEXO ES FÍSICO, ES CON LO QUE VENIMOS DE FÁBRICA, SON LOS GENITALES, EN LO QUE SE BASAN LOS MÉDICOS PARA DARLE EL SEXO AL BEBÉ CUANDO NACE. EL GÉNERO VIENE DESPUÉS, TIENE QUE VER CON LAS RELACIONES QUE ENTABLÁS, CON EL TRABAJO, CON CÓMO TE MOVÉS...

EN CUANTO A GÉNERO, ESTÁ MÁS RELACIONADO CON LO QUE SIENTE EL PACIENTE, CON LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y CON EL ROL DE GÉNERO, QUE ES COMO ÉL SE MANIFIESTA ANTE LA SOCIEDAD Y QUE NO SIEMPRE ESTÁ VINCULADO PURA Y EXCLUSIVAMENTE CON EL SEXO. POR ESO VIENE TODA ESTA APERTURA DE LO QUE ES LA DIVERSIDAD DE GÉNERO. LO QUE PASA QUE NOSOTROS ESTAMOS FORMADOS EN UNA CULTURA MUY BINARIA EN CUANTO A LO QUE ES GÉNERO, MUY CELESTE Y ROSA Y MUY RELACIONADO TAMBIÉN, A LO QUE ES EL SEXO ANATÓMICO (DARÍO URÓLOGO Y CIRUJANO).

El sexo se presenta en el discurso como una realidad con significado propio, cuya entidad le está dada ‘por sí misma’, más que por las relaciones que establece con el contexto. Vemos que en el discurso de Darío el sexo, es lo que “se le da al bebé” y a la vez “con lo que venimos de fábrica”. Lo que se identifica en el enunciado como ‘natural’ y por ende como ‘real’ lo es, más allá de la esfera de influencia social. El orden natural se presenta separado del orden social, y de este la ‘verdad’ del saber científico, se ubica más allá del poder en las relaciones (Foucault, 1979).

Ya la espera se alargaba, Gastón irrumpió en el buffet del hospital mientras Darío y yo, ya sentados café de por medio, charlábamos del funcionamiento y la organización del hospital. Gastón se apresuró a sentarse tomando el lugar que Darío le cedía, mientras se alejaba no sin antes advertirme “que sólo me lo prestaba por un rato”. Podría decir que estoy frente a los dos extremos de una de las principales hebras que tejen la red de mi trabajo de campo. El más experimentado especialista y un médico residente, que lleva pocos años de recibido y trabaja como ayudante de cátedra.

Hace poco tiempo que Gastón empezó a ser parte del equipo de cirujanos que realiza las reasignaciones en el hospital. Es serio, tímido y lo percibo nervioso ante las preguntas, de hecho prende varios cigarrillos durante la charla. A la hora de construir algunas respuestas se muestra dubitativo a veces sólo llega a monosílabos que repite varias veces. Cuando se explaya utiliza muchos términos biologicistas y da definiciones “de manual”, al principio me cuesta llevarlo al terreno de sus propias apreciaciones. Sin embargo, a medida que charlamos se distiende más y se expresa abiertamente en contra de la despatologización de la experiencia trans y de la terapia hormonal que solicitan muchas personas que identifica como ‘travestis’, además exhibe mucha desconfianza respecto de la posibilidad de conformar un diagnóstico ‘certero’ (registro de campo, diciembre de 2011)

EL SEXO ESTÁ MÁS VINCULADO CON UN MONTÓN DE COMPONENTES QUE EN REALIDAD UNO CONFUNDE CON GÉNERO, PERO NO TIENEN NADA QUE VER. PORQUE PODEMOS HABLAR DE LO QUE ES UN SEXO CROMOSÓMICO, QUE ES CON LO QUE VENIMOS IDENTIFICADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA GENÉTICO, UN SEXO HORMONAL QUE ES DE ACUERDO A LAS HORMONAS QUE TENGAMOS, ES CÓMO NOS VAMOS A MANIFESTAR EN CUANTO A CARACTERES SECUNDARIOS; HAY UN SEXO PSICOLÓGICO, HAY UN SEXO ANATÓMICO O GENITAL QUE ES LO QUE VEMOS. ESO ES UN TEMA CON UN CONCEPTO BINARIO DE LAS COSAS, O MASCULINO O FEMENINO. (GASTÓN, URÓLOGO RESIDENTE)

Y continuó enumerando:

NO, NO...EL SEXO LO UBICO...MÁS QUE EN LO GENITAL EL SEXO YO LO UBICO EN LO...EEEH, EN LO GENÉTICO Y EL GÉNERO LO UBICO DENTRO DE LO FENOTÍPICO DIGAMOS, MASCULINO Y FEMENINO (...) EL GÉNERO ES UNA MEZCLA DE LO QUE SE TRAE CON LA EXPOSICIÓN AL MEDIO (GASTÓN, URÓLOGO RESIDENTE)

Los profesionales coinciden mayoritariamente en distinguir un sexo “biológico” (genital, hormonal, genético, etc.) y un sexo “psicológico”, al que en algunos casos llaman género. Este último lo presentan asociando a lo mental, al plano subjetivo, “con lo que se identifica el paciente” y con “cómo lleva su vida”. En otros casos no hay una distinción tan clara, pero siempre manejan esquemas dualistas en que las posibilidades son dos: femenino o masculino.

EL SEXO CROMOSÓMICO NO COMANDA LA SITUACIÓN. EL SEXO PSÍQUICO NO ES MODIFICABLE LO DICE UN PRESTIGIOSO PSIQUIATRA, NO LO DIGO YO. CUANDO NACE UN NIÑO CON SEXO AMBIGUO HAY QUE TENER EN CUENTA Y NO CONFUNDIR EL SEXO PSÍQUICO CON EL ANATÓMICO PARA NO EQUIVOCARSE. LO IMPORTANTE CUANDO SON CHICOS ES ESPERAR AL “ME SIENTO” (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO).

¿CUÁNTOS GÉNEROS CONOCES?

FEMENINO, MASCULINO TE DIRÍA, PERO TAMBIÉN TOMANDO EN CUENTA TODO EL ABANICO QUE HOY EN DÍA SE ABRE, HOY POR HOY TODO ESO HAY QUE REVERLO, NO EXISTE FEMENINO, MASCULINO ABSTRACTO O ABSOLUTO SI VOS QUERÉS AHÍ (LAURA, ENFERMERA)

UNO LOS TRATA CON EL SEXO QUE VIÑO DE NACIMIENTO...PORQUE ESTO ES UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE ATENCIÓN GRATUITA, ENTONCES EN SU CASA, EN SU PRIVACIDAD, QUE HAGAN LO QUE QUIERAN Y SE HAGAN LLAMAR COMO QUIERAN (LUIZA, ENFERMERA)

¿SEXO Y GÉNERO SON LO MISMO PARA VOS? ¿O QUÉ RELACIÓN ESTABLECES?

QUE PREGUNTA, NUNCA ME LA HICE, DAME DOS SEGUNDOS QUE LA PIENSO. LO QUE PASA ES QUE YO TAMPOCO PIENSO EL SEXO GENITAL, CUANDO PIENSO EN SEXO PIENSO EN TODO LO DEMÁS, ENTONCES TENIENDO EN CUENTA ESA DEFINICIÓN, SEXO Y GÉNERO ESTARÍAMOS HABLANDO COMO DE SINÓNIMOS (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Muchas veces las entrevistas enfrentaron a los profesionales a construir definiciones y hacerse preguntas “por primera vez”, cuestiones que dan cuenta de una ausencia de reflexividad en las prácticas cotidianas.

EL SEXO ES...(SILENCIO)...LA CALIDAD HUMANA O NO HUMANA CON LA CUAL NACÉS. EL SEXO PUEDE SER MASCULINO O FEMENINO; NO TIENE NADA QUE VER CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL QUE ES OTRA COSA, LA ORIENTACIÓN SEXUAL PUEDE SER HOMOSEXUAL O HETEROSEXUAL...VOS PODÉS NACER DE UN SEXO...Y SI TE TOCÓ ALGO QUE UNO NO SABE QUÉ ES, UN GEN O UN INTERMEDIO, ALGO...ESE GÉNERO, ESE SEXO ESTÁ EQUIVOCADO

-¿Y EL GÉNERO?-

-YO HABLO DE GÉNERO Y DIGO QUE HABLO DE TROPOS, ASÍ QUE IMAGINATE...ESTEE... (RISAS)- (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

160

El discurso médico presenta una clara tendencia a reducir, las conexiones que construye entre varias esferas y representaciones del mundo a un lenguaje neutro y matemático: cuerpo-sexo-género. Partimos de una formulación crítica de las categorías de identidad sexual que “los discursos médicos y las estructuras jurídicas contemporáneas engendran, naturalizan, inmovilizan” (Butler, 2001) tendremos que revisar los mandatos que cristalizaron las formas de posiciones “como límites fijados dentro de las condiciones de un discurso cultural hegemónico predicado mediante estructuras binarias que se presentan como el lenguaje de la racionalidad universal” (2001, p. 5).

GÉNERO EN EL SENTIDO AMPLIO...GÉNERO ES LAS DIFERENTES CONDUCTAS SEXUALES... QUE HACEN QUE UNO PERTENEZCA A DETERMINADA CATEGORÍA QUE SE LLAMA GÉNERO MASCULINO O GÉNERO FEMENINO, PERO QUE NO TIENE QUE VER CON EL SEXO. POR EJEMPLO AHORA YO SOY MACHISTA EMPEDERNIDO CON VOS, TE ESTOY MALTRATANDO COMO MACHISTA Y ENTONCES PERTENEZCO AL GÉNERO MASCULINO MACHISTA (HERNÁN, ENFERMERO)

Sin embargo, registramos en algunos casos aunque no en forma homogénea, una tentativa de revisión de los criterios dualistas y las modalidades estructuradas en que los profesionales de la salud han sido formados. El espacio que se abre en ese movimiento, habilita a su vez, a poner en dudas “las verdades de los manuales” y conduce a una apertura.

HASTA HOY EN MEDICINA UTILIZAMOS CRITERIOS BIOLÓGICOS: EL SEXO GENÉTICO Y LOS GENITALES PARA DEFINIR A LAS PERSONAS. QUIZÁS HAYA LLEGADO EL MOMENTO DE INCLUIR LA IDENTIDAD Y EL ROL GENÉRICOS, QUE SON TAN SÓLIDOS Y DOMINANTES (O MÁS) QUE LOS ANTERIORES. NOS EQUIVOCARÍAMOS MENOS Y AYUDARÍAMOS A MUCHAS PERSONAS QUE NO SE IDENTIFICAN CON LAS CATEGORÍAS CLÁSICAS NORMATIVAS DE VARÓN/MUJER (LUCIANO, URÓLOGO)

CLARO...DE GOLPE EMPEZAR A TENER ESTAS DISCUSIONES Y TRATAR DE DESPOJARTE DE LO QUE ESTÁ ESCRITO EN LOS LIBROS, Y QUE VOS TE TENÉS QUE GUIAR POR ESO, SE HACE DIFÍCIL. Y TE GENERA DUDAS, GENERA MARCHAS Y CONTRAMARCHAS...EEH...Y TE GENERA SITUACIONES EN LAS QUE A VECES QUEDÁS COMO UN RETRÓGRADO CUANDO NO LO SOS, PERO BUENO...PERO VOS TENÉS UNA FORMACIÓN QUE NO PODÉS RENEGAR...Y ES ASÍ, VISTE? (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

NO TANTO AL AVANCE TECNOLÓGICO, PORQUE EN ESTOS AÑOS NO HA HABIDO UN GRAN AVANCE TECNOLÓGICO, SINO MÁS BIEN AL AVANCE PERSONAL, POR ALGO INTERNO. UNO VA CAMBIANDO SU POSTURA. UNO VIENE CON LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA UN POCO RÍGIDA, SIN MUCHO CONOCIMIENTO DE LO QUE ES LA IDENTIDAD DE GÉNERO, DIGO, SIN MUCHO CONOCIMIENTO A NIVEL PROFESIONAL, Y CON EL TIEMPO Y EL CONTACTO CON LOS PACIENTES FUIMOS DESARROLLANDO ESA POSIBILIDAD DE CAMBIAR NUESTRA POSTURA (ANDRÉS, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Los discursos de los profesionales dan cuenta de una marcada heterogeneidad de actores y posturas. Mientras en algunos casos se perciben intentos por ‘abrir’ nuevas reflexiones y abordajes, en otros casos las posturas cancelan las posibilidades de contemplar otras perspectivas.

LA TRANSEXUALIDAD COMO UNA ENTIDAD NOSOLÓGICA DIFERENCIADA

*Muchos de los ‘hechos objetivos’ de la ciencia
demuestran ser, una y otra vez,
creaciones cocinadas, enmarañadas
y falseadas de ideólogos
decididos a avalar sus prejuicios con cifras*

(Lewontin, 2001)

La delimitación más o menos diferenciada de la transexualidad como una entidad nosológica, en un sentido moderno, se produjo a mediados del siglo XX. Sin embargo, ello no contribuyó a su definitiva “estabilización” -muy por el contrario- inició un proceso de transformaciones sucesivas, tanto en lo respecta a sus rasgos constitutivos como a su origen y denominación.

LA LEY DE GRAVEDAD EXISTÍA ANTES DE NEWTON, SÍ? NEWTON LO QUE HIZO FUE DESCRIBIRLA PERO YA HABÍA GRAVEDAD. CON EL TRANSEXUALISMO PASA LO MISMO. LOS TRANSEXUALES YA EXISTÍAN... SE VESTIRÍAN COMO MUJERES, TRATARÍAN DE PONERSE...EEEH...CORPIÑOS CON...CON RELLENO Y...VIVIRÍAN COMO LO HICIERON, PORQUE EL TRANSEXUALISMO NO ES ALGO QUE EMPEZÓ A MITAD DEL SIGLO XX...A PARTIR DE BENJAMIN PARA ACÁ (ANDRÉS, URÓLOGO Y CIRUJANO)

AHÍ APRENDÍ...CONOCÍ MI PRIMER CASO DE TRANSEXUALISMO, Y APRENDÍ COMO SE DEBÍAN TRATAR PORQUE TUVE LARGAS CHARLAS CON ROBERTO GRANATO, QUE ME LLEVÓ A LOS ESTADOS UNIDOS. APRENDÍ QUE EXISTÍA EL TRANSEXUALISMO, YO NO TENÍA LA MÁS PUTA IDEA, ERAN LOS AÑOS OCHENTA, IMAGINATE... (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

Tal se ha conformado dicha dinámica de cambios, que en los últimos diez años su denominación “oficial” cambió tres veces (pasó de denominarse transexualismo a trastorno de identidad género y luego, disforia de género) y su status “patología psiquiátrica” continúa generando acaloradas discusiones.

El hecho de ubicar la ‘causa’ del malestar en una disfunción orgánica específica o localizarla en el plano psiquiátrico, permite obtener una respuesta ‘cerrada’ al tema. “Nadie se enferma porque quiere”, o “Es un error de la naturaleza”, afirman algunos de nuestros informantes.

Y NO ES...NADIE NO ES...NINGUNA...NO ES ENFERMO...NADIE SE ENFERMA PORQUE QUIERE SINO PORQUE PUEDE ENFERMARSE Y NADIE...NO PORQUE LA TRANSEXUALIDAD SEA UNA ENFERMEDAD...NADIE ES

TRANSEXUAL PORQUE QUIERE, SINO PORQUE PUEDE SER TRANSEXUAL (...) EN TODO ESTO EXISTE UNA TRIADA QUE ES EL AGENTE, EL HUÉSPED Y EL MEDIO (LUIS, URÓLOGO)

Se establece una relación negativa entre enfermedad y responsabilidad (aunque la interrelación de estos dos términos que plantea la biomedicina es mucho más compleja, “nadie se enferma porque quiere, pero seguramente Ud. podría haber hecho algo para evitarlo”). Una dicotomía entre: causalidad patológica y libre elección del individuo, entre terapéutica o condena moral, entre medicina y penalidad. La institución médica toma el relevo de la institución moral religiosa, en el mismo movimiento que lo profano toma el lugar de lo sagrado (Foucault, 2010, p.39)

Las fronteras que delimitan la transexualidad como un “hecho” siempre se tornaron borrosas ante otras categorizaciones médicas como intersexualidad y travestismo, constituyendo cierto consenso en torno a que estos términos representaban malestares ‘reales’, que una clase particular de personas podía tener o contraer. Dichos procesos fueron introduciendo nuevos expertos médicos y categorías nosológicas en el diagnóstico de sexos, géneros y deseos ‘patológicos’ y por lo tanto, en la intervención de desviaciones, tránsitos o ambigüedades.

EN REALIDAD ES UN NOMBRE LO QUE PUSO LA MEDICINA, EL PACIENTE EXISTÍA DESDE HACE MUCHO. LA MEDICINA LO QUE DIJO ES: “BUENO, CÓMO LO LLAMAMOS?...TAL COSA...Y BUENO ”DCM4, PA,PA,PA” Y PUSIERON 5 Y EN BASE A ESO ADECUARON A...LOS MÉDICOS SOMOS BASTANTE CATALOGABLES, ASÍ SIN UN CATÁLOGO NOS PERDEMOS A VECES...EEEH...ENTONCES LO QUE HICIERON FUE...BUENO, ADECUAR ESTOS PACIENTES QUE EXISTÍAN A LO QUE SABEMOS, COMO SE HACE CON TODAS LAS ENFERMEDADES A MEDIDA QUE VAMOS CONOCIENDO...”BUENO QUÉ ES EL ÉBOLA: ES UN VIRUS NUEVO, ESTO QUE EL OTRO...BUENO, DÓNDE LO METEMOS? BUENO, METELO ACÁ, ENTRA MÁS O MENOS ACÁ...”...Y LISTO, Y SE ADECUA A ESO. ESO ES LO QUE SE HA HECHO, NO ES QUE LA MEDICINA CREÓ ESTA ENTIDAD, ESTA ENTIDAD EXISTÍA, SE LE PUSO NOMBRE Y APELLIDO (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

A partir de varios trabajos de estudios del discurso (Butler, 1990; Foucault, 1976; Harding, 1996; Sedgwick, 1998; Stolke, 2004) se procura dar cuenta de la capacidad de las

narrativas científicas para la producción y la regulación del género y de las identidades. Lo que ha devenido en que la interpelación a través del diagnóstico y la incorporación a una u otra categoría biomédica, se instituyan como pasos obligados en el ejercicio de una “colonización biomédica de los cuerpos sexuados” (Ortega, 2006).

Recordemos que una de las tantas contradicciones e inestabilidades que atraviesa la experiencia transexual es que su diagnóstico se produce en el campo psi, mientras la terapéutica y efectiva atención se desarrollan en las áreas de la endocrinología, la urología y la cirugía. En este sentido hay dos concepciones enfrentadas y a la vez suplementarias, como entidad nosológica correspondiente al campo de la salud mental, concebida como trastorno de la identidad; y como entidad nosológica en el campo terapéutico, caracterizada por “la reasignación de sexo” (hormonal y quirúrgica). Si bien estos enfoques se complementaron clínicamente a través del dispositivo de atención hospitalaria -con las particularidades que ha adquirido el mismo en cada país- ninguno de los dos abordajes se consolidó de forma coherente sino que ambos, a pesar de ser mutuamente contradictorios, fueron entremezclados.

SABEMOS QUE LA TUBERCULOSIS LA PRODUCE EL BACILO DE KOCH Y NO VAMOS A ANDAR DISCUTIENDO, Y ENTONCES SI ACÁ ESTAMOS DISCUTIENDO ES PORQUE NO SABEMOS QUÉ LA PRODUCE. LAS DOS ESCUELAS TIENEN ARGUMENTOS QUE LO DEFIENDEN, LAS DOS ESCUELAS TIENEN DETRACTORES (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Ante la ausencia de marcadores orgánicos, la imposibilidad de ‘confirmar’ el diagnóstico es una de las principales fuentes de incertidumbre para los profesionales de la salud. “El poder de la clínica radicaría ambigualmente por tanto, no sólo en lo que se sabe, sino también en la necesidad de control de lo que no se sabe” (Margulies, 1998, p. 58).

DE HECHO, AL INTERSEXO LOS MÉDICOS NO TIENE PROBLEMA EN ATENDERLO, O SEA, SI TIENEN EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO, LA VERDAD NO TIENEN NINGÚN PROBLEMA, PORQUE SE ESTÁN MOVIENDO EN UN TERRENO SEGURO, EN UNA LÓGICA QUE CONOCEN... ACÁ NO LO PUEDEN EXPLICAR... (BERNARDO, PSIQUIATRA Y SEXÓLOGO)

QUE ME PARECE QUE COMO NO HAY UNA CAUSA O UN EXPLICACIÓN QUE VOS ME DIGAS DOS MÁS DOS SON CUATRO, Y ES FÁCIL DE ENTENDERLO Y LOS MÉDICOS SOMOS MUY ASÍ DE PENSAR ASÍ “CAUSA EFECTO” Y CUANDO NO SABEMOS ES CUANDO NOS VOLVEMOS UN POCO LOCOS, ES COMO QUE NO TERMINAMOS DE ENTENDER, EHHH, IMAGÍNATE QUE SI NO LO PODEMOS ENTENDER NOSOTROS IMAGÍNATE LA SOCIEDAD QUE NO TIENE NADA QUE VER CON LA MEDICINA, A VECES MUCHO MENOS PUEDE LLEGAR A ENTENDER. DE TODOS MODOS YO CREO QUE ACÁ ES UN COMBO DE UN MONTÓN DE COSAS ACÁ, ... (EVA, ENDCOCRINÓLOGA)

Las ‘teorías nativas’ acerca del origen de la transexualidad

Desde el momento que se define como ‘normalidad’, aquellos casos en los que se da una relación causal y unívoca entre el sexo y la identidad de género, a partir de dos opciones posibles; todo lo que escapa a esta correspondencia entra en el plano de las ‘minorías’ y después (o sucesivamente) en el de las ‘anormalidades’. Incluso, a pesar de que pueda establecerse dicha correspondencia, también será considerado como índice de ‘normalidad’ el tamaño y la forma del signo sexo, introduciendo tecnologías que permitan establecer cada vez más ‘ceteramente’ una categorización. Los indicadores genéticos y hormonales son una prueba de ello, pero también lo son las escalas y los tests psicométricos.

Las perspectivas que se presentan en los relatos de nuestros informantes, se desprenden y reconstruyen en parte, sobre las bases de los debates antes trabajados entre las posturas “ambientalista” e “innatista”. En el trabajo de campo surgieron discusiones, posturas encontradas y diferentes hipótesis sobre ‘el origen de la transexualidad’. Muchos debates los presencié en ateneos médicos o jornadas donde se presentaban ‘casos’; en otras tantas oportunidades los debates se materializaban en mis registros de campo. Siempre los relatos hacían referencia a las “dos teorías”, a “naturaleza vs. cultura” o “innato vs. adquirido” y a “los “referentes ineludibles” en el tema.

Lo que llamamos ‘teorías nativas’ acerca del origen de la transexualidad, nos remiten a pensar necesariamente en dos planos que se presentan escindidos en la gran

mayoría de los análisis. El plano físico, biológico, material, corporal y el plano inmaterial, social, psicológico, o el ‘alma’; dicha dicotomía recuerda, y no hace más que reflejar, la permanencia del dualismo cartesiano en el modo de percibir a los ‘sujetos/pacientes’.

La espera se hace larga en el pasillo, un pequeño escritorio separa la fila de ‘los pacientes’ de la empleada administrativa que ordena las historias clínicas, da los turnos y atiende el teléfono, todo a la vez. Mientras, como telón de fondo de ese espacio atiborrado de estantes y papeles, otros trabajadores del hospital transitan, entran, salen. Yo también paciente, espero mi turno detrás de la cola. Al llegar le explico a la empleada el motivo de mi visita, me pide que espere a un costado a la secretaria del doctor. Después de un rato largo en que me dediqué a observarlo todo, la secretaria se hizo presente y escuchó atentamente mi relato; sin embargo, nadie parecía entenderme, o mi explicación y ‘mis motivos’, resultaban insuficientes. Entonces fui llevada directamente ante el doctor, para explicarle personalmente por qué quería entrevistarlo. El ‘despacho’ de Mauricio no tenía ninguna característica de consultorio, era claramente una oficina espaciosa, con cuadros en las paredes, bien iluminada y lujosa. Me invitó a pasar y se presentó amablemente, pidió mis títulos y el nombre de mis mentores, finalmente me solicitó mi correo electrónico prometiendo contactarme para darme un día y horario para la entrevista. Todo ello con la condición que le enviara anticipadamente un breve resumen del proyecto de mi tesis, para que pudiera ‘interiorizarse’.

Una vez que cumplí con lo pactado, la entrevista se concretó dos semanas después, cuando volví a concurrir a su oficina. El Dr. Mauricio comenta muy didácticamente, intentando (en vano) recuperar algunos de mis conocimientos en biología humana, el desarrollo del feto en el útero y la influencia que en él tienen las hormonas (registro de campo, abril de 2012)

TODOS LOS BEBÉS SON XX EN SU NATURALEZA, SÓLO ALGUNOS SE VAN A TRANSFORMAR EN XY Y SON LAS HORMONAS MASCULINAS LAS QUE AFECTAN EL DESARROLLO CEREBRAL DEL FETO, EN UN SENTIDO O EN OTRO (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Su ‘teoría’ acerca ‘del origen’ de la transexualidad, explica que hay algo que falla en la acción cerebral que provocan esas hormonas, que favorecen por un lado, la expresión de caracteres masculinos, y a la vez femeninos, y no el desarrollo de una expresión de sexo/ género ‘concordantes’. Esa es ‘su’ teoría y aclara que no quiere “sonar biologicista”.

VOS TENÉS UN HIPOTÁLAMO DISTINTO AL MÍO, VOS MENSTRUÁS . TU HIPOTÁLAMO ES BIFÁSICO (...) YO TENGO UN HIPOTÁLAMO UNIFÁSICO, NO PUEDE SER IGUAL. OTRA COSA ES QUE LO PODAMOS DEMOSTRAR, PERO ESO NO PUEDE SER... (MAURICIO, ENDOCRINOÓLOGO)

Dentro de las teorías innatistas, los profesionales se dividen entre las explicaciones neurohormanales y las explicaciones genéticas. Así, varios coinciden en afirmar el rol determinante de las hormonas en la impregnación cerebral durante el período intrauterino.

LO QUE PASA QUE LA FORMACIÓN DEL SEXO PSÍQUICO EN EL FETO ESTÁ DETERMINADA POR LA ACCIÓN DE LAS HORMONAS EN EL ENTORNO INTRAUTERINO Y LA MEDIACIÓN DE LOS NEUROTRANSMISORES. (PABLO, CIRUJANO)

LAS PERSONAS TRANS, NACEN TRANS. PUEDE DEBERSE A UNA DIFERENCIACIÓN DE LA IMPREGNACIÓN DE LAS HORMONAS EN EL CEREBRO ANTES DE NACER, LA TESTOSTEONA DURANTE EL EMBARAZO ES LO MÁS IMPORTANTE PARA DEFINIR EL GÉNERO (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

SI VOS ME DECÍS, YO CREO MÁS EN LAS TEORÍAS BIOLÓGICAS. HAY VARIAS TEORÍAS, PERO EN REALIDAD LAS TEORÍAS BIOLÓGICAS LO QUE TE DICEN ES QUE EN REALIDAD HAY UN CEREBRO MASCULINO Y UN CEREBRO FEMENINO, ESO YA ESTÁ DEMOSTRADO, QUE TIENE QUE VER CON ESTRUCTURAS Y CONEXIONES QUE SON DISTINTAS EN HOMBRES Y MUJERES, ESTRUCTURAS CEREBRALES. Y DENTRO DE ESA ESTRUCTURA, O SEA, ESA DIFERENCIA EN LA ESTRUCTURA, LOS ANDRÓGENOS JUEGAN UN ROL MUY IMPORTANTE, NO EL ÚNICO PERO JUEGAN UNO DE LOS ROLES MÁS IMPORTANTES (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

Laura, es enfermera y trabaja en quirófano es la que hace las admisiones a las personas trans una vez que concretaron los pasos burocráticos para realizarse las cirugías de reasignación de sexo. En su relato no explicita una teoría, pero recurre a ‘los genes’ para ‘explicar’ la transexualidad:

HAY INDUDABLEMENTE ALGUNA...CONEXIÓN GENÉTICA TIENE QUE HABER PARA QUE LA EXPOSICIÓN DEL MEDIO LO TRANSFORME DIGAMOS, Y LO ABSORBA (...) PARA TRANSFORMARSE EN...TENER UNA DISFORIA UNA...DIGAMOS...BUSCAR OTRO SEXO... INDUDABLEMENTE TIENE QUE HABER ALGO (LAURA, ENFERMERA)

PERO YA NACEN CON ALGO DISTINTO... ES ALGO MUY INCIPIENTE. YO CREO QUE EN ALGÚN MOMENTO VAMOS A PODER DETERMINAR SI ES GENÉTICO O NO... PERO, YA NACEN CON ESTA DISTINCIÓN, CON ALGO DISTINTO, PORQUE LOS CHIQUITOS DE 4 O 5 AÑOS NO ELIGEN, NO ELIGEN, NO ELIGEN... Y SUFREN MUCHO (HERNÁN, URÓLOGO Y CIRUJANO)

LA DISFORIA QUE YA ES UN PROBLEMA GENÉTICO ES DECIR QUE NAZCO CON EL ENVOLTORIO DE MUJER Y LO QUE LLEVO INTERIORMENTE ADENTRO ES HOMBRE Y QUIERO SER HOMBRE (LUISA, ENFERMERA)

Otros profesionales definen su teoría dentro de la tradición ambientalista, con mayor o menor implicancia de la educación y de los vínculos primarios con los progenitores.

-¿Y CUÁL ES TU OPINIÓN, DIGAMOS?

-YO TENGO POCA OPINIÓN...

-¿O TU HIPÓTESIS, POR QUÉ SUCEDE?

-YO NO SÉ SI ES DE ELECCIÓN, NO SÉ SI UNO PUEDE ELEGIR ESTO O LO OTRO. YO CREO QUE POR LO MENOS, CHARLANDO CON ESTE GRUPO DE PACIENTES, UNO SE DA CUENTA QUE ESTÁ MUCHO MÁS ARRAIGADO QUE DECIR: "BUENO, HOY ME QUIERO PONER ZAPATILLAS AZULES". VA MUCHO MÁS ALLÁ...MÁS PROFUNDO. NO SÉ CUÁNDO EN LA VIDA, SI EN LA INFANCIA, SI EN LA ADOLESCENCIA, EN DÓNDE...PERO ESTÁ MÁS PROFUNDO (ERIC, CIRUJANO)

En definitiva, Eric ubica la transexualidad en un 'cambio' o 'transformación' en la psicología del paciente que se da en un momento particular de su existencia.

LA VERDAD QUE NO HAY NADA CLARO DESDE EL PUNTO DE VISTA FÍSICO, GENÉTICO O PSIQUIÁTRICO Y UN MONTÓN DE...DE ÍNDOLES MÁS, Y LA VERDAD QUE NO HAY NADA CLARO POR AHORA. TODO LO QUE VAMOS

TRABAJANDO ES EN BASE A...A CREENCIAS DE PSIQUIATRAS, CREENCIAS DE GENETISTAS Y CREENCIAS DE UN MONTÓN DE COSAS EN LAS CUALES NO HAY COINCIDIENDO CON LO QUE NOS DICEN ALGUNOS PACIENTES CON RESPECTO A LO QUE NOSOTROS VEMOS... YO CREO QUE ES...QUE NO ES ALGO GENÉTICO, CREO QUE ES ALGO PSICOLÓGICO...EEEH...PSIQUIÁTRICO...DE LA PARTE MENTAL, NO SÉ DE DÓNDE...EEEH...Y CREO QUE SI UNO PUEDE ADAPTAR PARA QUE LA PERSONA ESTÉ MÁS CÓMODA, ESTÁ BUENO (ANDRÉS, URÓLOGO Y CIRUJANO)

MI POSICIÓN BÁSICAMENTE ES LA POSICIÓN DEL PSICOANÁLISIS, PORQUE YO DIGAMOS QUE TRABAJO CON ESE MARCO TEÓRICO, Y ESTOY MUY INFLUENCIADO POR ESO ENTONCES POR AHÍ YO TENGO UNA MANERA AMPLIA DE ENTENDER LA SEXUALIDAD (...) TAMBIÉN INDUDABLEMENTE HAY UNA CUESTIÓN NO RESUELTA CON LA CONFORMACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LA INFANCIA (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

YO CREO QUE COMO PRIMERA COSA ES UNA ENFERMEDAD, QUE VIENE DE LA CRIANZA, DE UN MONTÓN DE COSAS, DE COSAS FAMILIARES, DE FALTA DE PRESENCIA DE LOS VÍNCULOS, A VECES TE DICEN SI EL PADRE ESTÁ AUSENTE EL CHICO ES ESQUIZOFRÉNICO Y SI LA MADRE ES SOBRE PROTECTORA ES HOMOSEXUAL, QUE SE YO A VECES SE DAN MADRES SOBRE PROTECTORAS Y LOS CHICOS NO SALEN HOMOSEXUALES, POR ESO PARA MÍ SON ELECCIONES DE VIDA, YO LO TOMO COMO ESO Y LES RESPETO LA ELECCIÓN DE VIDA (HERNÁN, ENFERMERO)

Algunos de nuestros informantes plantearon en varios de sus relatos, la acción coordinada de factores endógenos, innatos, biológicos y de factores exógenos, sociales, psicológicos, ambientales.

-DIGAMOS, ¿POR QUÉ HAY PERSONAS TRANS QUE BUSCAN TRATAMIENTO? ¿CUÁL ES TU OPINIÓN?

-¿POR QUÉ SUCEDE? TAMBIÉN...CREO DIGAMOS...YO TODA LA PATOLOGÍA PARA MÍ, TODO, EXISTE UNA TRIADA QUE ES EL AGENTE, EL HUÉSPED Y EL MEDIO...

Y NO ES...NADIE NO ES...NINGUNA...NO ES ENFERMO...NADIE SE ENFERMA PORQUE QUIERE SINO PORQUE PUEDE ENFERMARSE Y NADIE...NO PORQUE LA TRANSEXUALIDAD SEA UNA ENFERMEDAD...NADIE ES TRANSEXUAL PORQUE QUIERE, SINO PORQUE PUEDE SER TRANSEXUAL... EN TODO EXISTE UNA TRIADA... (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

VES QUE HAY ALGUNA DISFUNCIÓN EN EL NÚCLEO FAMILIAR: O UN PADRE AUSENTE, O UNA MADRE DEMASIADO PRESENTE, O A VECES UNA MADRE AUSENTE, O ALGO. A VECES HAY UNA HISTORIA UN POQUITITO... OSCURA... Y CADA UNO DE LOS PROBLEMAS SALE Y Zafa como puede... entonces... o vieron violencia dentro en el núcleo familiar, con los padres y es la forma de decir “BUENO YO ESTOY ENOJADA CON MI PAPÁ ENTONCES LOS HOMBRES NO ME GUSTAN”, HACEN... ME PARECE QUE ESO ES MÁS DE LA PSICOLOGÍA; PERO UNO VE ES ESO: HAY UN CONFLICTO POR PARTE DE LOS PADRES, POR PRESENCIAS O AUSENCIAS O ALGO Y ES COMO QUE VAN EN CONTRA DE LO QUE PASÓ EN CASA. ENTONCES EN UN PUNTO ARRANCA AHÍ PERO DESPUÉS, OBTIAMENTE, HAY OTRAS COSAS. Y QUE TODAVÍA PARA ELLAS NO TENES LA EXPLICACIÓN DE DECIR: “BUENO, HUBO UN GEN QUE SE ALTERÓ, QUE SE DESDOBLÓ, QUE SE... MOSAICÓ”. NO PODEMOS ENCONTRAR LA DEFINICIÓN, LA CAUSA, LA ETIOLOGÍA Y ENTONCES ES UNA DE LAS (...) DE GÉNERO Y ES TODAVÍA UN GRAN PUNTO OSCURO QUE NO SE SABE... (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Finalmente un grupo reducido de profesionales no concluye que exista una causa, más que el deseo y la elección. En este sentido, adhieren a la idea de que el malestar que experimentan las personas trans se desprende de la exclusión y la estigmatización de una sociedad fuertemente binarista y heteronormativa.

NO, NO...POR ESO BUENO... QUE CREO QUE EN VERDAD TIENE QUE VER CON UN PROBLEMA DE ADAPTABILIDAD SOCIAL, NO TANTO DE LA PERSONA A LA SOCIEDAD SINO DE LA SOCIEDAD A LAS PERSONAS (GASTÓN, URÓLOGO Y CIRUJANO)

En algunos de los relatos se hace presente una sensación de incertidumbre, “Sabemos qué pasa, pero no sabemos por qué”, afirman nuestros informantes. Sin embargo, sostenemos que muchas veces ese afán de hallar una ‘explicación’ impide a muchos profesionales contemplar la posibilidad de que simplemente no haya ninguna ‘causa’. Abriendo paso a la opción de una elección autónoma por parte de las personas que decidirían ‘cambiar’ su cuerpo para sentirse mejor y lograr bienestar, simplemente en

base a su deseo. La paradoja que se presenta ante esta posibilidad, es la puesta en duda de cuál sería el rol que debe jugar la medicina, si ese fuera el caso.

RUTINAS Y DINÁMICAS DE ATENCION HOSPITALARIAS

*En esa rutinización,
que expresa la racionalidad técnica de la biomedicina,
se desconoce el carácter social e ideológico de su intervención y,
sobre todo, las modalidades de subordinación
social y técnica de los pacientes*

(Menéndez y Di Pardo, 1996)

171

En este apartado identificamos una serie de momentos claves que han dado forma a las rutinas institucionales. En el año 2012, la efectiva sanción de la Ley de Identidad de Género, introdujo diferentes dinámicas y pasos a seguir en las instituciones hospitalarias; dando lugar a nuevos estándares de atención que se conforman en una relación de incorporación a la vez que de transformación respecto de los procedimientos y prácticas anteriores. La desaparición del campo legal como actor privilegiado y junto con él, los requisitos, dictámenes y autorizaciones judiciales, permiten identificar un conjunto de discursos previos a la sanción de la Ley y otro conjunto que se constituye posteriormente, con características diferenciadas.

En este sentido, todos aquellos aspectos de la medicalización y de las tecnologías de intervención corporal que en los primeros años se presentaban dudosos, resultaron parcialmente estabilizados y estandarizados. De modo que muchas de las controversias y la dimensión soteriológica de la práctica médica devinieron eclipsadas inicialmente por la sanción de la Ley y los protocolos o guías que promueven la estandarización de la atención.

Tanto los cambios jurídicos, de los que nos ocuparemos más adelante, como las nuevas respuestas político-institucionales no pueden pensarse necesariamente como homogéneos; los procesos que les han dado forma son diversos, discontinuos y vienen de larga data. Por otro lado, han sido promovidos principalmente por actores externos al

campo sanitario, de modo que no necesariamente presentan consenso, ni son totalmente admitidos por los profesionales de la salud.

Desde el momento de aprobación de la Ley (mayo de 2012) hasta su efectiva reglamentación (mayo de 2015) pasaron tres años, de modo que la efectiva implementación en las instituciones hospitalarias no ha sido homogénea y aún es un tema pendiente.

Transitando los espacios de atención. Hitos que han dado forma a las rutinas y al dispositivo en nuestro país

Iniciamos este apartado, comenzado a recorrer lo que llamamos el dispositivo de la transexualidad en Argentina sus transformaciones y su dinámica en los hospitales públicos de nuestro país. Para comprender este proceso retomamos, la concepción foucaultiana de dispositivo definido como “un conjunto heterogéneo de prácticas discursivas y no discursivas que tienen la función estratégica de dominación. El poder disciplinar obtiene su eficacia en la conjunción entre los discursos teóricos y las prácticas reguladoras” (Foucault 1993, p.244).

El equipo más antiguo, que realizó la primera cirugía en nuestro país, se desempeña en un hospital de agudos, urbano, ubicado en un partido de la Provincia de Buenos Aires. Allí desde el año 2001 se vienen practicando intervenciones quirúrgicas de ‘reasignación de sexo’, se habían realizado, al momento de iniciar el trabajo de campo, 35 operaciones y había otras tantas pendientes de autorización, o en lista de espera. La mayoría de las personas que concurren al hospital provienen de diferentes provincias del interior del país.

El hospital A es muy viejo, está descuidado y parece bastante pequeño en relación a la demanda. El edificio cuenta con tres pisos y está surcado por pasillos muy angostos y escaleras laterales estrechas. Luego de las primeras visitas y presentaciones pude comenzar a realizar algunas entrevistas en el buffet del hospital. Sólo después de que llevaba un tiempo concurriendo y esperando pacientemente la autorización de Darío para ‘acceder’ a cada uno de los miembros del equipo, pude atravesar la puerta de cirugía. Allí en un escritorio pequeño, Alejo trabajaba realizando las admisiones para todo tipo de intervenciones quirúrgicas

(programadas y de urgencia), ordenando historias clínicas, y organizando los turnos del quirófano. La sala era amplia con dos ventanas, un mueble archivero que cubría prácticamente una de las paredes, una pequeña cocina en cuarto aparte, otro escritorio que yo solía usar para las entrevistas o para sentarme y dos sillones viejos de cuerina marrón. Las paredes de azulejos blancos y los techos altos eran los ‘clásicos’ de los hospitales públicos, una puerta vaivén comunicaba a un pequeño cuarto de reuniones. Allí se realizaban algunos ateneos e interconsultas, en los prolongados tiempos de espera, solía quedarme escuchando las conversaciones que se daban al otro lado.(Registro de campo, junio de 2011)

Hasta mediados del año 2012 las personas disconformes con su cuerpo y la asignación sexo/genérica que les había sido asignada al momento de nacer, acudían al sistema de salud y a la justicia en busca de ‘una respuesta’. En ese período, las intervenciones corporales que pudiesen practicar los médicos estaban subordinadas al cumplimiento de una serie de requisitos y a la autorización de la justicia. Si bien en nuestro país no existía una legislación específica acerca de la transexualidad, había una serie de pasos instituidos, que generalmente se iban repitiendo ante cada nuevo caso y que han funcionado como ‘rutinas’.

La primera cirugía de reasignación de sexo con autorización judicial, se realizó en Argentina en un hospital público a una persona categorizada como transexual en el año 2001. Sin embargo, los profesionales de la salud entrevistados suelen referir el primer antecedente al año 1997, en el que se realiza la primera intervención a una persona adulta identificada como intersexual, ya que los procedimientos terapéuticos y las técnicas quirúrgicas que se aplican en uno y otro caso son muy similares. A partir de los mencionados precedentes, los profesionales del hospital A comenzaron a brindar terapias hormonales de reemplazo y cirugías de reasignación -durante varios años sólo se practicaron “genitoplastías feminizantes”- mediadas por la intervención y autorización de un juez. Recién en el año 2006 se realiza la primera intervención F-M¹²⁶ a una persona identificada como transexual masculino. En todos los casos las solicitudes se inician con un recurso de amparo y luego la justicia solicita una serie de informes y pericias médico

¹ Las siglas F-M en el lenguaje médico refieren al proceso de reasignación de personas trans de femenino a masculino, y las siglas M-F refieren al proceso inverso de masculino a femenino.

clínicas, informe médico psiquiátrico, informes psicológicos y tests, entrevista personal con el magistrado, entre los más destacados. En algunos casos los jueces han solicitado además, un informe socioambiental a cargo de un asistente social que confirmara la “experiencia de vida real”, es decir, el hecho de que la persona vivía y se desarrollaba como persona del ‘sexo sentido’, vistiéndose, expresándose como tal y con un “proyecto de vida” en ese sentido. Hasta ese momento la identidad legal estaba supeditada a la genitalidad y los caracteres secundarios, ya que sólo transformando éstos, era posible solicitar una rectificación de nombre y sexo en el DNI. Justamente, las características que hacen a la conformación de un dispositivo, con una serie de discursos ‘verdaderos’, protocolos, prácticas y rutinas establecidas, habilitan mecanismos de objetividad, racionalidad, certeza y borrando en ese mismo movimiento, cualquier atisbo de duda e incertidumbre.

A fines de 2008 se autorizó el primer cambio de identidad legal y se otorgó nuevo DNI a una persona categorizada como transexual no operada, a la que tampoco se le exigió hacerlo. Finalmente, cuando terminaba el año 2010 otro mediático caso, luego nombrado judicialmente como la doctrina ‘Florencia Trinidad’, sentó precedentes en nuestro país y en toda América Latina: se hizo lugar a la petición de rectificación de nombre y sexo en los registros documentales a una persona no (auto)identificada como transexual, sin exigirle ningún tipo de diagnóstico o intervención corporal, ni pericia médica.

Hasta el momento que inicié el trabajo de campo las intervenciones que autorizaba la justicia eran excepcionales y esporádicas, sólo se habían desarrollado alrededor de veinte operaciones entre 1997 y 2010.

Como si el hecho de que yo pusiera mi atención en la medicalización de la experienciatrans como objeto de estudio, le hiciera cobrar visibilidad; en el año 2011, comenzó a abordarse públicamente el tema. Un programa de televisión ofició como

disparador para que el debate se instalara en los medios¹²⁷, al tiempo que los proyectos de ley se empezaron a debatir en el senado.

Durante ese período, aumentó el número de personas trans que solicitaban atención y había una serie de mecanismos que funcionaban más aceitadamente ante cada nuevo ‘caso’. En su primer acercamiento al dispositivo, las personas trans recibían algún tipo de asesoramiento por parte de los propios profesionales de salud, respecto de la presentación legal, que debía comenzarse paralelamente al tratamiento. De hecho, mis informantes identificaban algunos juzgados como ‘amigables’, en el sentido que lograban dictámenes en poco tiempo, y en la mayoría de los casos, favorables.

UNO TRABAJA MUCHO CON JUZGADOS DE MAR DEL PLATA, QUE SON LOS QUE ESTÁN MÁS AGGIORNADOS, LOS QUE ESTÁN MÁS CANCHEROS CON TODO ESTO. EL DR. I. QUE LA ESPOSA TIENE LA PARTE DE ÉTICA Y QUE TRABAJA TAMBIÉN EN EL JUZGADO DE ÉL; EL ABOGADO QUE ES EL DR. M., TAMBIÉN CON LA ESPOSA, ESTÁN MUY CANCHEROS YA EN TODO ESTO. Y NO PREJUZGAN Y HACEN QUE LAS COSAS SIGAN SU CURSO, CUMPLAN CON TODOS LOS REQUISITOS PERO... BIEN, NO HAY GRANDES PALOS QUE SE METAN EN LA RUEDA QUE ME PARECE QUE ES LO QUE CORRESPONDE (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Los médicos afirmaron en sucesivas oportunidades que era propicio que hubiese un tiempo y un ‘recorrido’ que las personas (trans)iten. Antes de la sanción de la ley, el tiempo que pasaba hasta que llegaba la orden judicial que autorizaba la intervención corporal, era a veces de dos o tres años y otras veces, de cinco o hasta ocho años. Varios de nuestros informantes sugirieron que ese tiempo y todos los obstáculos que las personas trans tenían que ‘sortear’ hasta que llega la sentencia y la intervención quirúrgica propiamente dicha, de algún modo, ‘las templea’ y las ‘afianza en su decisión’.

² A fines del año 2010 el popular programa de televisión *Gran Hermano* transmitido y producido por un canal de TV abierto de Argentina incorporó entre sus participantes a un persona trans.

PORQUE SI TE ANIMASTE A ENTRAR A TRIBUNALES PARA LUCHAR DOS O TRES AÑOS PARA TODO Y... TE BANCASTE SEGUIR TODO LOS PASOS Y ESPERAR... ES PORQUE ESTÁS SEGURO DE LO QUE QUERÉS... SINO NO TE LO BANCÁS! (LUIS, URÓLOGO)

O de otro modo, como también mencionaron, hacía que las personas encuentren motivos que las demoraran y finalmente las detuvieran, llevándolas a abandonar la búsqueda de una intervención quirúrgica.

SE TRATA DE UN TRASTORNO DE LA IDENTIDAD Y NO DE LA ORIENTACIÓN. YO NO ME CONSIDERO UN MÉDICO TRANSFORMISTA, LAS PERSONAS TRAN SHACEN TODO UN PROCESO, UN CAMINO HASTA LLEGAR A LA OPERACIÓN. LAS TRANS FEMENINAS, NO SÓLO SE VISTEN COMO MUJER, SINO QUE VIVEN Y SIENTEN COMO MUJER. CUANDO VIENEN YO LES DIGO QUE HAGAN EL CAMINO PORQUE SINO NO SE VAN A SENTIRSE MUJER (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO, ENTREVISTA EN UN MEDIO GRÁFICO NACIONAL)

En lo que hace a las rutinas hospitalarias y la relación con el resto de las especialidades médicas y equipos de profesionales de la salud, se mencionó en los relatos cierto nivel de conflictos que se presenta a la hora de utilizar el quirófano. Dicha situación también es planteada por Marc Berg: “Es importante observar cómo el quirófano es ‘disputado’ por los diferentes servicios y se priorizan algunas intervenciones o casos, frente a otros. Lo que deviene en una regulación de la cantidad ‘posible’ de intervenciones de acuerdo a los recursos materiales disponibles” (1992, p.159).

Las observaciones que hacen los profesionales respecto del quirófano, coinciden plenamente en delimitarlo como un espacio muy preciado de la institución hospitalaria.

El equipo de salud que trabaja en el hospital C se presenta como más articulado, en tanto se autodenomina institucionalmente “Grupo de Atención”, sin embargo en su interior las definiciones, las prácticas y las opiniones no han dejado de presentarse como contradictorias. El hospital C desarrolla su trabajo este conjunto de profesionales se encuentra en Capital Federal y el equipo está integrado por un endocrinólogo, dos psicólogas, un psiquiatra y sexólogo y un cirujano. En este caso, el diagnóstico se construye en el propio hospital (en el área de urología, específicamente dedicada a disfunciones sexuales). La cantidad de personas atendidas y efectivamente operadas es mucho menor que en el caso anterior, e incluso las características de la población que solicita atención son diferentes. En el

primer equipo se menciona permanentemente que las personas vienen del interior, de la provincia de Buenos Aires o de diferentes provincias; en el segundo equipo las personas que solicitan atención provienen mayormente de la propia Ciudad de Buenos Aires, o del conurbano bonaerense. En este caso el acceso fue más restringido, hice poco 'consultorio' la mayoría de las entrevistas se desarrollaron en oficinas o espacios de descanso para los profesionales. Las visitas se sucedieron y paulatinamente fueron alcanzando al resto de los integrantes. No hubo espacios compartidos o situaciones en que pude hablar con varios miembros a la vez, como en el caso de otros hospitales. Visité el office de cirugía y el área de salud mental, donde se desempeña el jefe del equipo, que en este caso no estuvo demasiado presente durante mis visitas aunque sí, fue quien me facilitó los contactos para las otras entrevistas. Además concurrí en una oportunidad a realizarle una segunda entrevista, con más tiempo, en su consultorio privado.

El hospital C, ubicado en CABA, es muy amplio y la construcción y estilo arquitectónico, son más modernos que en la primera institución. Dos grandes edificios se encuentran interconectados por un pasillo-puente que une ambas estructuras y por el que circulan muchísimas personas. Increíblemente no todas las paredes tienen azulejos y hay espaciosa salas de espera y sectores demarcados con puertas de ingreso, las áreas de atención no comparten consultorios ni existe un tránsito de pacientes en sus pasillos (registro de campo, junio de 2012)

NOSOTROS EN UROLOGÍA TENEMOS QUIRÓFANO TODOS LOS DÍAS, HABITUALMENTE DE ESTAS CIRUGÍAS QUE SON DE 4, 5 Ó 7 HORAS ES COMPLICADO (...) ESTÁ CLARO QUE ES UN HOSPITAL DE AGUDOS, AHORA TENGO QUE OPERAR UN TUMOR DE VEJIGA Y DE RIÑÓN EN UNA MUJER, HAY DÍAS RESPETUOSOS PARA ESTO. LO QUE SE PLANTEÓ EN SU MOMENTO ES QUE ME DEJAN OPERAR MÁS O MENOS UNA POR MES DE ESTE TIPO RECONSTRUCTIVAS. (...) OBIAMENTE QUE SI YO TENGO QUE OPERAR A UNA PACIENTE, AHORA EL JUEVES 15 TENGO UNA, Y VIENE UN PACIENTE SANGRANDO... Y SE LE VA A DAR PRIORIDAD. Y LAMENTABLEMENTE YO TENGO QUE BAJAR LA VISTA (...) DADAS LAS REGLAS DEL JUEGO NO ME DEJAN MÁS QUE UNA POR MES... ASÍ ES LA COSA (ERIC, CIRUJANO).

EL HOSPITAL TIENE SU PROBLEMÁTICA DE POR SÍ, ENTONCES, TAMBIÉN ES PELEAR LOS TURNOS QUIRÚRGICOS, POR EJEMPLO. ESTA COSA DE PRIORIDAD, QUÉ ES PRIORIDAD Y QUÉ NO ES PRIORIDAD. ENTONCES, COMO SIEMPRE HAY UNA URGENCIA, ENTONCES, EN UN PRINCIPIO ERA... PORQUE LA VERDAD ES QUE, POR EJEMPLO, GINECO TENÍA POCOS QUIRÓFANOS, QUÉ SÉ YO, EL AÑO PASADO QUE CON TODO QUE YA ES PROBLEMÁTICO DE POR SÍ, ESTALLÓ TODO EL PISO, SALIÓ EN LOS DIARIOS Y TODO, PORQUE ESTALLARON LAS AUTOCLAVES DONDE SE ESTERILIZA TODO, ENTONCES, TODO ESE PISO SE VOLÓ, NO HABÍA DÓNDE ESTERILIZAR, CON LO CUAL SE PARÓ LOS QUIRÓFANOS. ENTONCES, DESPUÉS VOLVER A PONER EN

FUNCIONAMIENTO TODO ESO Y TODO RETRASADO, ENTONCES, NOSOTROS TENÍAMOS UN PACIENTE PARA OPERAR QUE QUEDABA MÁS O MENOS PARA EL 2018 (LAURA, GINECÓLOGA Y SEXÓLOGA)

Al momento de finalizar la primera etapa del trabajo de campo a comienzos de 2012 ya se habían realizado alrededor de 60 operaciones y había 130 personas en lista de espera. La primera operación que no requirió orden judicial se realizó el 4 de junio de 2012, en el marco de la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Luego de 2012 con la Ley, fue tomando forma otra dinámica y otras rutinas que marcaron cambios en el curso de acción.

Al caer la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico, que en la mayoría de los casos se hacía por fuera del hospital, se comenzó a trabajar con las áreas de salud mental de cada institución hospitalaria. Esta vez, ya no en la búsqueda de una categorización diagnóstica, sino tratando de brindar acompañamiento psicológico durante el proceso de toma de decisiones y de posterior transición; a la vez que indagando en torno a la salud y estabilidad mental de los ‘pacientes’. Los largos períodos de espera se redujeron a un proceso que más o menos dura un año, pero que depende también de la cantidad de pacientes que haya en lista de espera.

NOSOTROS MOMENTÁNEAMENTE NO ESTAMOS PIDIENDO EXPERIENCIA DE VIDA REAL, NI EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POR DOS AÑOS, PERO SE ESTÁ REVIENDO Y REEVALUANDO TODO EN FORMA PERMANENTE, PORQUE ESTO ES MUY NUEVO PARA NOSOTROS, Y COMO TE DECÍA VAMOS APRENDIENDO DE LOS PACIENTES, Y EL TRABAJO EN EQUIPO HACE QUE SE GENEREN DISCUSIONES Y QUE VAYAMOS MODIFICANDO NUESTRAS INTERVENCIONES (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

La desvinculación del campo jurídico en el dispositivo de atención imprimió nuevos cambios a las dinámicas y rutinas hospitalarias. En primer lugar, ya todos conocían las intervenciones que practicaba el equipo de urología, tanto dentro como fuera del hospital A. Además, numerosas personas trans que antes recurría a practicarse cirugías fuera del país o realizaba tratamientos hormonales por ‘su cuenta’, ingresó a atenderse en la

institución pública. Recién en mayo de 2015 se reglamentó el artículo 11º de la Ley 26.743 y se publicaron los primeros protocolos ‘oficiales’ destinados a profesionales¹²⁸. Todo ello anticipaba transformaciones drásticas en las rutinas y dinámicas de atención, en tanto ya no sólo no era necesaria la autorización de la justicia, sino que tampoco sería necesario un diagnóstico para acceder a la medicación hormonal y las intervenciones quirúrgicas que se ofrecerían gratuitamente a todas las personas que las solicitaran. Desde la sanción de la Ley en 2012 se operaron más de 300 personas en todo el país. Sin embargo, los cambios normativos no produjeron un acceso automático, ni la inmediata disponibilidad de recursos. Lamentablemente, se ha producido una especie de ‘embudo’, en tanto se dio un marcado aumento de la demanda de atención, pero el número de profesionales que efectúa las intervenciones y la disponibilidad de prótesis y hormonas (para aquellas personas que no pueden pagarlas), aún es muy reducido. Tal como analiza Koenig (1998) la disponibilidad de tecnología no deviene necesariamente en su implementación exitosa y el proceso social por medio del cual un conjunto de tecnologías devienen en estándares de atención no es lineal, ni sencillo.

Primeras impre(c)isiones sobre las personas que visitan el consultorio

Las miradas médicas acerca de las diversidades sexuales se construyen sobre la base de una ideología sexual. Es decir, un conjunto de suposiciones, creencias, prejuicios y formas de reglamentación moral asociadas de manera coherente. Un discurso que intenta definir, como ya mencionamos en el primer capítulo, qué es el sexo, cómo y con quién debe practicarse, y cómo se vincula con el género y la identidad. Como sabemos, la norma sexual hegemónica dice que el sexo debe desarrollarse entre adultos del sexo opuesto por cuestiones de placer, pero fundamentalmente, el argumento científico que se esgrime tiene que ver con la idea de “perpetuación de la especie”. De este modo, los discursos que analizamos recurren a una delimitación de prácticas, frecuencias, fines y preferencias

¹²⁸Hacemos referencia a la guía *Aportes para la Atención de la Salud Integral de Personas Trans desde una perspectiva local*, publicada en Octubre de 2014 por la Municipalidad de Rosario con el apoyo del Ministerio de Salud y ONUSIDA; y a la Guía para equipos de salud: *Atención Integral de la Salud de Personas Trans*, publicada en Julio de 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación.

sexuales ‘normales’, que se convierten en ‘naturales’. Es decir que se realiza una ‘naturalización’ de las prácticas sexuales, que en realidad son sociales (Weeks 1993).

La instancia inicial del dispositivo, puerta de entrada del sistema asistencial, podría caracterizarse como la identificación de ‘posibles pacientes’. A partir de una ideología sexual particular, cada discurso médico construye una serie de categorizaciones, que presentan discrepancias respecto del esquema sexual dimórfico y/o de la heteronormatividad reinante. Los discursos de los profesionales de la salud con los que hemos trabajado no se nutren únicamente del paradigma biomédico¹²⁹, sino que además incorporan otros componentes que tienen que ver con las experiencias de vida, cuestiones morales y religiosas, entre otros. Aunque muchas veces los médicos intenten construir narrativas ‘científicas’, en el sentido de que suenen despojadas de subjetividad y moralidad, en la práctica inevitablemente unas y otras cuestiones, se encuentran íntimamente relacionadas. En este sentido, sostenemos que ninguna mirada es ‘inocente’, sino que responde a los criterios de inteligibilidad y de ‘lo aceptable’ propios de determinados conjuntos sociales.

EN SÍ, COMO CIRUJANO, A MÍ NO ME MODIFICA QUE SEA DE UNA FORMA U OTRA PORQUE NOSOTROS LO QUE TRATAMOS ES DE...DEDARLE CONFORT AL PACIENTE...Y TRATAR DE ADAPTARLO...LO QUE EL PACIENTE SIENTE CON SU ANATOMÍA, ENTONCES NO... NOS PLANTEAMOS COMO URÓLOGOS Y COMO CIRUJANOS CÓMO LLEGARON A ESE PUNTO Y... NO ENTRAMOS EN ESA DISCUSIÓN TAMPOCO PORQUE NO NOS COMPETE A NOSOTROS. (ERIC, URÓLOGO Y CIRUJANO)

En un segundo momento del trabajo de campo, después de haber entrevistado a todos los miembros del equipo, y en algunos casos en más de una oportunidad; logré ingresar a los consultorios. Pude trabajar sobre todo en el área de urología, pasé muchas jornadas en la sala de espera y unas pocas en los espacios de atención; también se me

¹²⁹Para simplificar el relato nos referimos en sucesivas oportunidades en este trabajo, al paradigma (bio)médico o la mirada (bio)médica, sin embargo no creemos que se trate de un conjunto unívoco de saberes y prácticas, sino que existen al interior de dicho campo una serie de disputas que comienzan a hacerse visibles. Por ejemplo, a través de las discusiones recientes en lo que respecta a la formación médica y los contenidos curriculares.

‘abrió’ el área de endocrinología que funcionaba en el primer piso en el mismo espacio físico que ginecología y obstetricia. Me cansé de ver mujeres embarazadas en la sala de espera y los consultorios, mientras aguardaba a mi informante, o simplemente ‘hacía tiempo’ En los espacios de atención se construye una caracterización –aunque no homogénea- respecto de cómo deberían ser las personas trans, sobre la base de una serie de representaciones y prácticas que los propios profesionales de la salud y en sentido más amplio, los manuales diagnósticos y los *Standards of Care* tienen, de lo que es ‘ser’ un hombre y ‘ser’ una mujer.

LOS TRANSEXUALES TIENEN LA CONVICCIÓN DE PERTENECER AL SEXO OPUESTO AL QUE NACIERON, CON UNA INSATISFACCIÓN MANTENIDA POR SUS PROPIOS CARACTERES SEXUALES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS, CON UN PROFUNDO SENTIDO DE RECHAZO Y UN DESEO MANIFIESTO DE CAMBIARLOS MÉDICA Y QUIRÚRGICAMENTE. DESDE LA INFANCIA SU IDENTIDAD MENTAL ES DISTINTA A SU FENOTIPO GENITAL. SON MUJERES QUE SE SIENTEN “ATRAPADAS” EN CUERPOS DE VARÓN, Y VARONES QUE SE SIENTEN “ATRAPADOS” EN CUERPOS DE MUJER. TIENEN UNA TENDENCIA A “HORMONIZARSE”, A VECES CON PLANES AUTOMEDICADOS Y EN MUCHOS CASOS DESEAN SER SOMETIDOS A UNA REASIGNACIÓN QUIRÚRGICA DE SEXO (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA NOTA EN UN MEDIO GRÁFICO DE DIVULGACIÓN NACIONAL)

Los atributos, comportamientos y relaciones que identifican los médicos en las personas para categorizarlas como transexuales, se presentan en los relatos como realidades pre-existentes. A través de aseveraciones que naturalizan la vinculación entre un conjunto de rasgos o características y el ‘ser’ transexual.

SON PERSONAS NORMALES, SE MANEJAN Y VISTEN COMO PERSONAS DEL SEXO OPUESTO, PERO NO SON PARA NADA OSTENTOSAS DE SU CONDICIÓN, AL CONTRARIO, SON MUY RESERVADOS Y ESTÁN DECIDIDOS A OPERARSE SÍ O SÍ. (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Al construir representaciones de las personas trans, sus actividades y preferencias (deseos) como pertenecientes al ámbito del ‘trastorno’, se genera un movimiento que

convierte comportamientos y deseos en síntomas y criterios diagnósticos, dotándolos a la vez de neutralidad, objetividad y pureza. Y ese movimiento no es reconocido...

*YO LES PREGUNTO: -BUENO, VOS SABÉS QUE TODOS LOS TRANSEXUALES SE MASTURBAN, ¿NO ES CIERTO? ... Y EYACULAN... ¿VOS CUÁNTAS VECES TE MASTURBAS POR SEMANA?
- NO, YO SÓLO UNA DOCTOR, NO MÁS- ESE SEGURO QUE NO ES TRANSEXUAL (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)*

En varios casos se establece una correspondencia entre ciertas expresiones y una categoría diagnóstica (componentes que previamente no estaban vinculados), que en los relatos médicos aparecen relacionados como un hecho 'dado'.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES NO SE QUIEREN MIRAR DESNUDOS. NO ACEPTAN SUS GENITALES, DE HECHO LOS RECHAZAN, A VECES HASTA EL PUNTO QUE NO LLEGAN A HIGIENIZARSE COMO CORRESPONDE, PORQUE NO LES PERTENECEN. O PORQUE LES FALTA ALGO, O PORQUE LES SOBRA ALGO DE SU CUERPO, LO DESPRECIAN Y LO OCULTAN (GASTÓN, URÓLOGO)

Así, los profesionales de la salud trabajan en la búsqueda de un conjunto de componentes, condiciones y evidencias, que se han de recolectar como signos y señales 'suficientes' para habilitar la instancia de las intervenciones corporales. La identificación y descripción de los criterios de reconocimiento es en sí misma la construcción de un perfil diagnóstico; así las acciones resultan 'naturalizadas', funcionando como instrumentos operativos y neutrales.

HAY QUE VER EN QUÉ MOMENTO...PORQUE TODOS LOS PACIENTES LO MANIFIESTAN DESDE MUY TEMPRANA EDAD: 3, 4, 5 AÑOS YA SENTÍAN QUE ALGO NO COINCIDÍA CON SU CUERPO Y CON SU...CON SU SENTIR. (ERIC, CIRUJANO)

UN TRANSEXUAL SE ANGUSTIA DE TENER UN PENE...Y SE LO QUIERE SACAR, NO LE GUSTA...LE DA ASCO. (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

Los relatos reflejan una naturalización de los mecanismos simbólicos y materiales que construyen la masculinidad y la feminidad. Las amistades, las compañías, los juegos, las vestimentas se convierten en signos y síntomas, en criterios objetivos que permiten diferenciar trastorno de normalidad.

ESTAS PERSONAS SIENTEN QUE SON DEL SEXO OPUESTO A SU SEXO GENITAL Y CROMOSÓMICO Y ESO SE VE EN SUS JUEGOS, LA VESTIMENTA, LOS COMPAÑEROS, LAS ACTITUDES... (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Parte de dicha caracterización se erige a partir de lo que las personas transexuales ‘no son’. En el mismo movimiento en que los profesionales construyen a través de sus discursos una caracterización de las personas transexuales ‘verdaderas’, es decir que tienen determinados aspecto y atributos; plantean que existen ‘falsos’ transexuales. Que serían otro conjunto de personas cuyas ‘verdaderas’ identidades sexuales serían: travesti, intersexual, etc.

LOS TRAVESTIS SON OTRA COSA, NO QUIEREN OPERARSE. SI VIENEN CON LA IDEA DE OPERARSE ES PORQUE TIENEN UN BROTE O TUVIERON ALGÚN QUILOMBO PUNTUAL. YO NO LOS OPERO, ES IRREVERSIBLE. (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

De modo que a partir de una serie de atributos y características: actitudes sociales, actividad laboral, aspecto y modo de vestir, vivienda, prácticas y preferencias sexuales, entre otros; los profesionales de la salud categorizan a las personas que concurren a los consultorios en distintos grupos sociales, a los que asocian determinadas identidades.

Martín es médico psiquiatra, se interesó durante varios años por el psicoanálisis y luego se dedicó de lleno a la sexología. Nuestros encuentros se suceden en una oficina de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH) y en su consultorio particular. Le gusta extenderse en anécdotas y largos relatos sobre su vida, que casi ocupan la totalidad de las entrevistas. Se formó en EE.UU. con los más renombrados especialistas, entre los que menciona a: John Money, Helen Kaplan, Richard Green, William Masters y Virginia Johnson. Es una de esas personas que disfruta hablando bien de sí mismo y de su popularidad: “a mí me decían Jabón Lux, porque en esa época una de cada nueve estrellas se analizaba conmigo”, resume. Si bien no se desempeña en espacios públicos recibe derivaciones de uno de los

equipos, particularmente para hacer los informes diagnósticos y de salud mental de las personas trans que consultan y requieren intervenciones corporales. “Tengo pila de años viendo transexuales, yo los conozco bien” y afirma ser uno de los pocos especialistas entrenados para el diagnóstico. Además de haber atendido en los años '80, el primer caso de transexualidad en el país (registro de campo marzo de 2014).

ELLOS YA SABEN LO QUE NOSOTROS ESPERAMOS... ENTONCES YO TENGO QUE BUSCARLE LA VUELTA (TENER CARA DE BOLUDO ES LA ESTRATEGIA N° 1)...Y A LOS VERDADEROS TRANSEXUALES LOS VAS VIENDO, SE NOTA. Y LOS OTROS YO LES DIGO: -MIRÁ, YO NO ESTOY EN CONDICIONES DE HACERTE EL CERTIFICADO...ME PARECE QUE TENÉS QUE IR A TRATARTE CON UN PSIQUIATRA POR UN TIEMPO LARGO (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

LO QUE PASA ES QUE TODO EL TIEMPO COMO QUE SE SIENTEN JUZGADAS, PORQUE SIENTEN QUE NO ESTÁN TENIENDO UN APOYO SI NO UN JUEZ; UNA PERSONA QUE VIENE A DECIRLE CUÁNTA DISFORIA DE GÉNERO TIENEN (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

‘Travestismo’ vs. ‘Transexualidad’

Hemos podido identificar a partir del análisis de las entrevistas una marcada división entre las características y atributos que aparecen asociados en el discurso a las personas transexuales y a las travestis. Las personas trans que concurren a los consultorios son descritas sucesivamente como ‘moderadas’, ‘serias’, ‘ubicadas’, ‘normales’, ‘recatadas’ respondiendo a una imagen de ‘buenas/os pacientes’.

LOS TRANSEXUALES NO SON HOMOSEXUALES. ADEMÁS, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PRESENTAN UNA ACTITUD MODERADA Y UNA VESTIMENTA ADECUADA; CUESTIÓN QUE LOS DIFERENCIA DE LOS TRAVESTIS QUE TIENEN UNA ACTITUD MUCHO MÁS OSADA, SON GRITONES, CONVENTILLEROS, MEDIO DEFACHATADOS PARA VESTIRSE. Y TAMBIÉN NOS CONSULTAN, PERO MÁS QUE NADA POR HORMONAS (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Mientras que las personas travestis se presentan en los discursos como ‘ostentosas’, ‘defachatadas’, ‘exageradas’, ‘gritonas’, ‘psicóticas’, ‘osadas’, entre otros atributos que responderían más bien a una actitud ‘desafiante’, por parte de las pacientes.

Éstas cuestiones son vividas en muchos casos como ‘violentas’ para los profesionales y otros trabajadores de la salud en los hospitales.

YO NO HORMONIZO TRAVESTIS, POR LO QUE TE DECÍA DE LA IRREVERSIBILIDAD DEL TRATAMIENTO. SON PACIENTES MUY PROBLEMÁTICOS, SON OSTENTOSOS, HISTÉRICOS, ESTÁN MUY A LA DEFENSIVA TODO EL TIEMPO. NOSOTROS NO PODEMOS CONTENERLOS, NO ESTAMOS PREPARADOS PARA ESO. TENDRÍAN QUE TENER CONSULTORIOS ESPECIALES PARA ATENDERLOS Y UN LUGAR DIFERENTE (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Por otro lado, las personas travestis se piensan desde la mirada médica como ‘temerarias’, en tanto enfrentan la autoridad médica, a la vez que desafían el dualismo sexo/género, lo subvierten, lo exageran hasta el punto de resultar dramatizado. Las personas travestis parodian la norma sexual (social) y estética hegemónica, haciendo ostensible lo ‘abyecto’. Butler en su trabajo *El género en disputa* (2007) alude a las travestis como burlonas del modelo que expresa el género, así como de la idea de una ‘verdadera’ identidad de género.

LOS TRAVESTIS QUE CONSULTAN POR UN TRATAMIENTO HORMONAL, EN GENERAL TIENEN OTRO TIPO DE TRABAJO... (RISITA) NO QUIEREN, NI NECESITAN UNA CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN (LUIZA, ENFERMERA)

-PERO, VOS CUANDO VES A LAS PERSONAS EN EL CONSULTORIO ¿CÓMO SABÉS QUE SE TRATA DE TRAVESTIS Y NO DE TRANSEXUALES?

-CONOZCO A LAS PERSONAS, DIGAMOS QUE HAY GENTE QUE ES HISTÉRICA QUE HACE UNA OSTENTACIÓN MUY IMPORTANTE DE SU SEXUALIDAD, Y OTRA QUE NO. LOS TRAVESTIS SON LLAMATIVOS EN SU FORMA DE SER, A VECES SON MUY HISTÉRICOS, POR DECIRLO DE ALGUNA MANERA (...) AHORA, ESTO ES ASÍ, ¿VISTE? ES OLFATO, ES NO DEJARTE ENGRUPIR... HAY MUCHOS QUE SE...PORQUE EL PROBLEMA ES QUE LE HACÉS DAÑO...SI VOS OPERÁS A ALGUIEN, O DEJÁS OPERAR A ALGUIEN QUE NO ES TRANSEXUAL, SINO QUE ES UN TRAVESTI QUE SE QUIERE GANAR LA VIDA, LO PODÉS PSICOTIZAR Y DAÑAR MUCHO...HAY QUE TENER MUCHO CUIDADO CON ESO (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

Planteamos un análisis de la división trazada entre éstas dos identidades, en términos de fronteras que delimitan lo ‘posible’, ‘lo aceptable’, aquellas personas que ‘merecen’ atención y tratamiento y aquellas que no.

PERO ENTONCES YA NO ESTARÍAMOS HABLANDO DE UN TRANSEXUAL, SINO DE UN TRAVESTI .EL PACIENTE QUE DISFRUTA DE SU PENE, ESTÁ CONTENTO CON SU PENE, HIZO ALARDE DE SU PENE Y UN DÍA VIENE Y ME DICE:- ‘AHORA ME LO QUIERO CORTAR-’, OBVIAMENTE SERÍA UN PACIENTE QUE NO CONSIDERAMOS QUE...POR LO MENOS NOSOTROS NO. (ERIC, CIRUJANO)

186

Las personas travestis que concurren a los consultorios corporalizan la ‘hibridez’ que la asepsia médica se esfuerza por ‘depurar’, no hay una posibilidad de ‘reencause’ para esos cuerpos ‘abyectos’ que desafían la fronteras de la ‘normalidad’. Lo ‘abyecto’ en términos de Julia Kristeva (1998:91) refiere a lo que es excluido y no es posible asimilar a las normas establecidas quedando por fuera de ellas; encarnan el lugar de “lo vacilante, amenazador, peligroso y se perfilan como no-ser”. Al trazar un límite entre lo posible y lo imposible, lo ‘abyecto’ es la frontera constitutiva del propio sistema, que “se construye sobre el no reconocimiento de sus próximos” (1998:13).

¡IGUAL EL IMPACTO ESTÁ!... HAY UN IMPACTO DE...FÍSICO, GENERALMENTE SON EXUBERANTES ES COMO QUE... QUE NO ES ALGO COMÚN. Y MISMO TAMBIÉN HE ESCUCHADO COMO QUE ELLOS DICEN QUE INTENTAN GRITAR PORQUE LES PEGAN, O LA POLICÍA LES PEGA, OHH... O GENERALMENTE ES COMO QUE ESPERAN SER CASTIGADOS, CUANDO VAYAN A PEDIR ALGO. Y ESTA MUJER QUE VINO ME COMENZÓ A RELATAR LA CANTIDAD DE CIRUGÍAS QUE SE HABÍA HECHO Y LO POCO QUE LA HABÍA HECHO...NO...NO MUCHO EN LUGARES MÉDICOS, HABÍA SIDO TODO BASTANTE CLANDESTINO. ESO TAMBIÉN ME PARECE QUE ESTÁ...(LUISA, ENFERMERA)

Esta materialidad del cuerpo que existe por fuera de los canones establecidos de sexo y género implica un peligro “un riesgo que corre permanentemente el orden simbólico mismo, por ser un dispositivo de discriminaciones” (Kristeva, 1998, p. 94).Retomando esta discusión, el trabajo de Harry Benjamin (1966) sentó las bases para

establecer una caracterización de las personas transexuales, a partir de la exposición de una serie de ‘casos’, a la vez que se las diferenciaba de las personas travestis:

Estas personas [transexuales] pueden apaciguar en cierta medida su infelicidad vistiéndose con las ropas del sexo opuesto es decir, travistiéndose (...) Pero mientras que ‘vestirse’ satisface al verdadero travesti (que no intenta cambiar su sexo morfológico), esto es sólo una ayuda incidental, parcial y pasajera para el transexual. Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, quieren ser y funcionar como miembro del sexo opuesto, no sólo aparentarlo (1966, p.12 traducción propia).

187

‘Transexuales verdaderos’ o cómo ser ‘un femenino apropiado’

Tanto el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) como los SOC's (Estándares de Cuidado) Internacionales proporcionados por la WPATH (2011) brindana los profesionales de la salud una serie de indicadores acerca de cómo identificar a las personas transexuales. A su vez, los profesionales mencionaron que utilizaban otros textos de referencia publicados en España, particularmente antes de la aparición de las guías de atención en nuestro país. El más reconocido y utilizado es el manual: *Ser Transexual. Dirigido al paciente, a su familia y al entorno sanitario, judicial y social (2006)*. He decidido desarrollar un análisis que transite dos niveles, por un lado desandar el proceso de producción de categorías diagnósticas y por otro, la aplicación concreta y puesta en práctica a partir de la producción de juicios clínicos y categorizaciones en los consultorios.

En el primer caso, las voces ‘oficiales’ de los documentos antes mencionados coinciden plenamente en los siguientes criterios diagnósticos y pautas de ‘identificación’ para las personas transexuales:

- Identificación intensa y persistente con el otro sexo desde temprana infancia. Que se materializaría en expresiones como el ‘deseo de ser’, ‘sentir pertenecer’, etc.
- Rechazo por su propio cuerpo/sexo, particularmente por sus genitales y caracteres secundarios. Que se manifiesta en expresiones tales como haber nacido “en el cuerpo equivocado”, “estar atrapado en un cuerpo”, etc.
- Deseo persistente (más de dos años) de transformar su sexo biológico (mediante una cirugía de reasignación y/o una terapia hormonal)
- No presentan interés en prácticas heterosexuales, ni intenciones de formar una pareja con personas del mismo sexo al que sienten pertenecer.
- No deben presentar una enfermedad física intersexual como síndrome de insensibilidad a los andrógenos, hiperplastias suprarrenal congénita, etc.
- Para establecer el diagnóstico es necesario que existan pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, etc.

En segundo lugar y como vemos a continuación, esos mismos criterios se ven reflejados en los discursos y prácticas de los profesionales en el consultorio, para ‘identificar’ a las personas transexuales.

En lo que refiere específicamente a la orientación sexual, los profesionales expresan que:

LAS PERSONAS TRANSEXUALES SE CONSIDERAN HETEROSEXUALES O SEA, UN TRANSEXUAL FEMENINO ESTÁ TOTALMENTE CONVENCIDO DE QUE ES UNA MUJER Y ESTÁ TOTALMENTE CONVENCIDO DE QUE LE GUSTAN LOS HOMBRES...Y POR ESO ES HETEROSEXUAL. (GASTÓN, URÓLOGO)

ELLOS NO SON...NO DERIVAN DE LOS HOMOSEXUALES, ELLOS NO BUSCAN UN MISMO SEXO, PORQUE ELLOS ESTÁN CONVENCIDOS DE QUE ESTÁN EN UN CUERPO TOTALMENTE EQUIVOCADO, ENTONCES SI, CORRESPONDEN A LA PARTE HETEROSEXUAL, POR MÁS QUE VOS DIGAS BUENO, FÍSICAMENTE ES UN HOMBRE... (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Además de los ítems antes mencionados, hay varios relatos que denotan un marcado interés y focalizan la mirada de los profesionales de la salud en 'la apariencia' de las personas que se presentan en el consultorio. Se mencionan repetidas veces las manos, el cabello, el cuidado y la higiene, la vestimenta, e incluso los modos y las actitudes que serían 'apropiadas' para las personas transexuales F-M y las transexuales M-F. Recuperamos, por su utilidad, la noción de 'candidatos' desarrollada por Margulies (1998: 55) en tanto nos permitirá analizar la construcción clínica de las personas trans que elaboran los profesionales en base a un etiquetamiento previo de ciertos grupos sociales basado en preferencias y prácticas sexuales, actividades laborales, así como características actitudinales.

LOS CASOS EN CUAL...QUE SON DUBITATIVOS. Y VOS LO VES... QUE FENOTÍPICAMENTE NO ES...NO...DIGAMOS, EN VERDAD TIENE MÁS UN CUADRO PSIQUIÁTRICO QUE UN PROBLEMA DE ADAPTACIÓN GENE...DE...FENOTÍPICA DIGAMOS. NO ERA UNA MUJER...DIGAMOS, NO TENÍA ACTITUD DE MUJER NI NADA DIGAMOS...POR ALGO NO AVANZABA JUDICIALMENTE...ERA MUY DISTINTO LA ACTITUD (PABLO, CIRUJANO)

Estas maneras particulares en que la mirada médica 'ausculta' a las personas que se presentan en los consultorios e intentan acceder a THR (terapias hormonales de reemplazo) o a CRS (cirugías de reasignación sexual) revela, además de aspectos morales y estéticos, cuestiones de clase que atraviesan las relaciones entre los profesionales y lxs 'pacientes'.

- ¿Y USTEDES CORROBORAN DE ALGUNA MANERA EL INFORME PSIQUIÁTRICO?-

- SI DE ALGUNA MANERA, SI. SI VIENE UN TIPO CON OLOR A PESCADO, QUE VIENE DE FILETEAR EN EL PUERTO Y ME DICE QUE QUIERE SER MUJER... NOOO!!- (DARÍO, URÓLOGO)

YO LOS VOY INTERROGANDO Y VA SALIENDO... POR EJEMPLO ¿CÓMO VIVE ACTUALMENTE? ¿PROSTITUCIÓN /NO PROSTITUCIÓN?EL TRANSEXUAL NO ES PROSTITIBULARIO. ME MIENTEN:

-¿LA PROSTITUCIÓN? NO, NO YO LABURO EN UNA JOYERÍA

-AH ¿Y CUÁNTO GANÁS EN LA JOYERÍA?- \$ 5.000

Y EN UNA JOYERÍA NO PODÉS GANAR \$5.000. ENTONCES VISTE, HAY COSAS COMO QUE VOY ESTE... DESCUBRIENDO...

-¿DÓNDE VIVÍS?- VIVO EN UNA PENSIÓN

EL MUNDO PROSTITIBULARIO VIVE EN UNA PENSIÓN (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

En términos de Benjamin (1966), sólo estaría indicada la cirugía de reasignación de sexo para el “transexual primario o verdadero”, con el objetivo de favorecer la “adecuación del cuerpo a la mente”. En definitiva y tal como lo expresa Judith Butler, “Aunque el objetivo declarado de la diagnosis es averiguar si un individuo puede adaptarse con éxito a la vida según las normas de otro género, parece que la verdadera prueba que plantea el GID es si uno puede definirse en el lenguaje de la diagnosis (2006:137).

Y TE DICEN...NO LO PUEDO DIAGNOSTICAR PORQUE TIENE DUDAS ESO ME PARECE PERVERSO ¿SÍ?, QUE LAS PERSONAS TENGAN QUE VENDERSE POR UN DIAGNÓSTICO Y QUE NO PUEDAN RECONOCER SU EMOCIONALIDAD, QUE NO PUEDAN RECONOCER SUS MIEDOS, SU DUDAS POR UN DIAGNÓSTICO, ME PARECE PERVERSO (LAURA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

Para obtener reconocimiento clínico y social como ‘transexual’, las personas deberán presentar una apariencia que responda a los criterios socioculturales vigentes asociados al sexo/género ‘sentido’. De modo que el cuerpo ‘construido’ que se ofrece a la mirada médica en el consultorio, pueda ser ‘interpretado’ como femenino o masculino, según el caso.

YO ME ACUERDO DE UN PACIENTE QUE...ERA PELADO Y QUE QUERÍA DIGAMOS, PASAR DE VARÓN A MUJER Y...ESTABA PELADO Y TENÍA BOTAS PUESTAS DE MUJER...Y SIN PELUCA PERO LOS LABIOS PINTADOS, DIGAMOS...CON CARA DE, DIGAMOS...ERA BIEN...NO, NO ERA UNA MUJER...DIGAMOS, NO TENÍA ACTITUD DE

MUJER NI NADA...DIGAMOS, NO ES QUE ERA UNA MUJER QUE ESTABA DESQUICIADA PORQUE NO LE SALÍA EL TRÁMITE, NO, ERA UN VARÓN, LOCO QUE TENÍA...LOCO, PSIQUIÁTRICO DIGAMOS, QUE TENÍA OTRO PROBLEMA, DIGAMOS...ERA MUY DISTINTO LA ACTITUD... ERA DISTINTO LA POSTURA, COMO SE PARABA, DIGAMOS...NO, NO CUADRABA DENTRO DE LO...DE LA GENERAL DE LOS PACIENTES QUE VIENEN A CONSULTAR (LUIS, URÓLOGO)

Otro de los puntos considerados por los profesionales, tiene que ver con la intención que expresan las personas que concurren a los consultorios de ser intervenidas quirúrgicamente. Esa decisión es asumida en muchos casos como ‘signo’ de rechazo genital extremo y por lo tanto asociado a la transexualidad.

Y YO SIEMPRE LES PREGUNTO-¿ES TU IDEA OPERARTE? (...) CUANDO TE DICEN ‘SI’. Y ES ABSOLUTO EL ‘SI’, CUANDO REALMENTE SE QUIEREN OPERAR, UN ‘SI, YA EMPECÉ’ O ‘ME ESTAN POR SALIR LOS PAPELES’ (...) BUENO, AHÍ ES UN TRANSEXUAL (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

TAMBIÉN ES UN CONCEPTO SUMAMENTE MÉDICO Y ESTRUCTURADO DECIR QUE “LO QUE CARACTERIZA AL TRANSEXUAL ES UN PROFUNDO RECHAZO POR SUS GENITALES EXTERNOS”, ESO ES LO QUE ESTÁ EN LOS LIBROS. HOY NOS ENCONTRAMOS CON MUCHOS TRANSEXUALES QUE POR AHÍ NO ESTÁN CONFORMES CON SUS GENITALES PERO NO QUIEREN SOMETERSE A LA CIRUGÍA POR MIEDO...POR MIEDO A NO DISFRUTAR SU RELACIÓN SEXUAL, POR MIEDO A UNA CIRUGÍA...ENTONCES QUÉ DECIMOS, QUE ESOS PACIENTES NO SON TRANSEXUALES PORQUE NO QUIEREN PASAR POR ALGO AGRESIVO COMO LA CIRUGÍA?NO, TAMBIÉN SON TRANSEXUALES PORQUE SIENTEN QUE SON MUJERES (HORACIO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Una de las cuestiones en la que los profesionales hacen marcado énfasis a la hora de abordar las intervenciones corporales –sobre todo las cirugías-, es la salud mental de los ‘pacientes’. Paradójicamente, a pesar de estar caratulado como un desorden de identidad e incluido dentro del manual que enumera desórdenes mentales, la disforia de género, “aparece en personas mentalmente sanas”, afirman. Los profesionales de la salud mencionan repetidas veces ‘la normalidad’ de esos ‘pacientes’, además las interconsultas con psiquiatras y psicólogos les ‘aseguran’ esa condición.

LOS TRANSEXUALES SIN TENER AFECTADO SU JUICIO DE REALIDAD PERCIBEN EN SU MENTE/CEREBRO QUE NACIERON EN UN CUERPO EQUIVOCADO. A ESTE SENTIMIENTO LO LLAMAMOS DISFORIA DE GÉNERO. VIVIR ESTA SITUACIÓN AFECTA SU CALIDAD DE VIDA, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, DESDE SU INFANCIA O PUBERTAD (BERNARDO, PSIQUIATRA Y SEXÓLOGO)

BIEN. ¿PENSÁS QUE HAY PERSONAS APTAS PARA OPERARSE Y OTRAS QUE NO?

-SÍ...SÍ, BÁSICAMENTE ESE TRABAJO ES DE BERNARDO. MI SITUACIÓN ES CÓMODA, PORQUE A MÍ ME GUSTA OPERAR...NO, NO ME GUSTA HACER CONSULTORIO. (...) HAY PACIENTES QUE NO LOS...AUNQUE TENGAN LA AUTORIZACIÓN JUDICIAL NO... (SE INTERRUMPE)-

-¿POR QUÉ PENSÁS QUE NO?-

-PORQUE PSICOLÓGICAMENTE...TODAVÍA NO ESTÁN PREPARADOS, PORQUE LAS EXPECTATIVAS DE LA CIRUGÍA...PONEN EN ELLA UN MONTÓN DE RESOLUCIONES QUE NO SE VAN A RESOLVER CON LA CIRUGÍA, Y PRIMERO LAS TIENEN QUE RESOLVER DESDE OTRO ÁMBITO...CREO QUE HAY VARIAS COSAS-(ERIC, CIRUJANO)

En relación ello, la decisión de intervenir los cuerpos se presenta como un ‘verdad auto-evidente’, construida y legitimada desde la autoridad científica; que en los relatos, los profesionales de la salud, subrayan repetidas veces la necesidad de ‘asegurarse’.

EL DIAGNÓSTICO ES UN TEMA MUY DELICADO, PORQUE SI ES UN PACIENTE QUE NO...NO ERA APTO PARA LA CIRUGÍA DIGAMOS, QUE...QUE NO MANIFESTABA ESE DISCONFORT CON SU CUERPO PUEDE SER NEFASTO, PORQUE PASA A SER UN PACIENTE MUTILADO... (ERIC, CIRUJANO)

PORQUE EL QUE NO ES TRANSEXUAL SI SE OPERA, SE QUITA LOS GENITALES, DESPUÉS SE VUELVE PSICÓTICO...ESTO ESTÁ BASTANTE DEMOSTRADO. (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

DE HECHO SE HA VISTO EN OTRAS PARTES EN... EN URUGUAY POR EJEMPLO, HAY ALGUNOS CASOS DONDE HUBO SUICIDIOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA PORQUE NO FUE EL DIAGNÓSTICO CORRECTO. ESE ES EL RIESGO... EN ALGUIEN QUE NO ESTÁ CONVENCIDO Y QUE NO ES UN TRANSEXUAL, Y QUE NO TENGA UN DIAGNÓSTICO REALMENTE DE CERTEZA DE SER UN TRANSEXUAL, AUTORIZAR UNA... O REALIZAR UNA CIRUGÍA, PORQUE ESA ES LA EQUIVOCACIÓN. NO SON TRANSEXUALES ARREPENTIDOS... ERA UN TRAVESTI,

ERA UNA OPERACIÓN MAL HECHA, NO SE DEBERÍA HABER HECHO ESA OPERACIÓN EN ESA PERSONA. (HEBE, ENDOCRINÓLOGA)

Tal como mencionamos, la sanción de la Ley de identidad de Género produjo significativas transformaciones en las rutinas y dinámicas de atención hospitalaria, uno de los cambios más importantes tiene que ver con la eliminación del diagnóstico psiquiátrico como condición para acceder a las intervenciones corporales.

193

YO CREO QUE LOS PACIENTES ESTÁN MUY DEFINIDOS QUÉ ES LO QUE QUIEREN CON SU CUERPO Y CREO QUE LO MÁS IMPORTANTE ES UN PERITAJE PSIQUIÁTRICO QUE ME QUE DIGA SI EL PACIENTE ESTÁ LOCO O NO ESTÁ LOCO, Y SI EL PACIENTE NO ESTÁ LOCO Y NO QUIERA HACER ESO COMO UN RASGO DE MUTILACIÓN O DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL CAPRICHOSA Y NADA MÁS QUE ESO, Y SE PUEDE OPERAR... (LUCIANO, URÓLOGO)

NO, LA CIRUGÍA EN DOS O TRES MESES ESTÁ, PERO...AH, LA CONDICIÓN SINE QUA NON ES DOS AÑOS DE VIDA REAL...QUE LO HAYAN HECHO QUE TENGAN EL CERTIFICADO DE SU PSIQUIATRA, DE SU PSICÓLOGO PORQUE AUNQUE ESTÉ LA LEY... ES LA ÚNICA COSA QUE, QUE...APARTE DE LA MUERTE, ES LA ÚNICA COSA QUE DESPUÉS NO HAY MARCHA ATRÁS ¿CÓMO VAN A DAR MARCHA ATRÁS? (PABLO, CIRUJANO)

Ellos creen... nosotros sabemos

El dispositivo de la transexualidad promueve una reformulación de las categorías de sexo, género e identidad, al tiempo que “los hechos de la naturaleza” resultan reinterpretados.

La categoría de “sexo sentido” constituiría una nueva conceptualización del sexo, mencionada repetidamente en el relato de los informantes. Tal como ellos lo enuncian: “Hay un sexo genital, un sexo cromosómico, un sexo gonadal, un sexo hormonal”.Y, agregamos nosotros, *hay un sexo sentido*, que se expresa desde el plano subjetivo y escapa a los ‘diseños’ de la biología. Otro de los cirujanos, expresa de este modo la finalidad de las intervenciones de reasignación de sexo, subrayando la idea de que se

respetar la subjetividad del paciente y se lo transforma en su genitalidad para lograr ‘concordancia’:

EN TODOS LOS CASOS SE TRATA DE MEJORARLE LA VIDA DEL PACIENTE,... LO QUE HACEMOS ES ADAPTAR SU GENITALES DE ACUERDO AL SEXO SENTIDO, LE ADAPTAMOS SU CUERPO... (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Tanto el status de verdad del ‘sexo sentido’ como el auto-diagnóstico que esgrimen las personas trans respecto de lo que les sucede deberán ser ‘comprobados’ por el saber médico-psiquiátrico descartando las posibles ‘ficciones’, en un intento más por borrar la incertidumbre. “El conocimiento requiere certeza y rectitud de juicio, la creencia implica incertidumbre, error o ambas cosas” (B. Good, 2003, p.47).

En relación a ello, varios de los profesionales entrevistados ubican los relatos de los pacientes en el plano de las creencias y aunque no son considerados estrictamente ficciones, se encuentran en un nivel por debajo del conocimiento científico y el ‘saber’ profesional. En este sentido, necesitan ser ‘traducidos’ al lenguaje del diagnóstico y de los signos/síntomas, mediante un proceso de ‘purificación’.

La ley, la mirada médica autorizada, parecen inquirir permanentemente a las personas transexuales (como si fueran sospechadas de simular vivir bajo su ‘verdadero sexo’) a restablecerla ‘legalidad’ de su constitución sexual, que parece no estar lo suficientemente clara.

POR ESO YO CREO EN EL DIAGNÓSTICO A LARGO PLAZO PORQUE UNO NO PUEDE SIMULAR UN PATRÓN TANTO TIEMPO...DIGAMOS, POR ALGO LOS PATRONES...COMO SI UNO LOS SIMULA SON A CORTO PLAZO, DIGAMOS...ES MÁS DIFÍCIL SIMULAR UN PATRÓN. (LUIS, URÓLOGO)

CUANDO ME DI CUENTA, EMPECÉ A AFINAR UN POCO MÁS MI ESTRATEGIA...ASÍ QUE PIENSAN QUE CON ESA CARA ME VAN A PASAR, PERO LA VERDAD QUE NO... YO A PARTIR DE LA PRIMERA O SEGUNDA ENTREVISTA YA VOY SABIENDO SI ES UN TRANSEXUAL O NO. (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

En la relación médico-paciente, se establece un permanente “juego de sospecha”. Los dichos y relatos de las personas son inicialmente puestos en duda por parte de los médicos y se refiere siempre a una instancia posterior, en que deberán ser ‘corroborados’. Dicho juego de poder, no es más que un reflejo de la disputa por quiénes tienen autoridad suficiente para definir las categorías y los límites de su contenido.

NO PUEDE VENIR EL PACIENTE: ‘SOY TAL COSA’ PORQUE PUEDE...DIGAMOS ES...CASUALMENTE COMO ES UNA...DIGAMOS, EL DIAGNÓSTICO ES UN REFLEJO DE LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE...NO SE PUEDE HACER INMEDIATAMENTE, TIENE QUE BASARSE EN MUCHOS PASOS Y CON DISTINTOS PROFESIONALES PARA MEDIR LA... DIGAMOS QUE GRADO DE INADAPTABILIDAD AL MEDIO TIENE CON SU GÉNERO (LUIS, URÓLOGO)

La sospecha se va desarrollando en torno al discurso del paciente: *creen pertenecer, dicen que son, se sienten atrapados*, mientras que la incertidumbre se insinúa frente a la veracidad de los ‘casos’, o de los argumentos invocados. Los profesionales construyen así, distintos grados de credibilidad en torno al relato.

HABRÍA UN SEXO ‘GENUINO’, AL QUE LOS TRANSEXUALES DICEN PERTENECER (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Como ya mencionamos en el primer capítulo, la biomedicina plantea una separación entre, por un lado, la enfermedad como cosa en sí que posee una lógica y un devenir natural conocido a partir del uso del método científico, racional y experimental propio del paradigma positivista (Margulies, 1999); y por el otro, la experiencia humana y social de ésta. De este modo, la persona se presenta como huésped de la enfermedad y su experiencia se torna una cualidad secundaria –que se añade- a la patología. A través de la intervención médica y del saber profesional, el cuerpo resulta objetivado y expropiado de la sociabilidad y subjetividad del ‘paciente’, la cual es reintegrada como factor social o psicológico.

ELLOS SIEMPRE TE DICEN: 'ESTOY EN EL CUERPO EQUIVOCADO DOCTORA, LA NATURALEZA SE EQUIVOCÓ CONMIGO'. Y BUENO, ES DONDE SE INTERVIENE PARA REASIGNAR, ADECUAR ESOS GENITALES EXTERNOS A LA PSIQUIS DE ESA PERSONA... (LAURA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

La biomedicina desarrolla su conocimiento a partir del método naturalista (racionalidad científica) y los médicos se ven a sí mismos como practicantes que actúan/ intervienen sobre el cuerpo, como parte de la naturaleza, así la enfermedad es concebida como un 'fenómeno natural'; de esa manera se distingue entre *signos*, indicaciones objetivas en el cuerpo del paciente y *síntomas* los argumentos del paciente.

Ya en 1983, Armstrong destacaba que la subjetividad del paciente estaba comenzando a recibir más atención desde la medicina, sin embargo se la considera asocial, idiosincrática y 'dada'; es la única propiedad de un individuo, no se corresponde con un contexto histórico o social. En esta línea de razonamiento, la subjetividad y los argumentos de las personas transexuales (como el deseo de cambios en la imagen corporal) son considerados como otro 'dato' objetivo. Los valores y deseos son concebidos como otra 'variable' que completa el cuadro; dichos argumentos se convierten en la materia prima para la elaboración del diagnóstico.

Desde un abordaje que pondera las relaciones sociales de producción, Alan Young (1980, 1982) propone caracterizar una "antropología del malestar" (sickness), definiendo a éste último como: "el proceso a través del cual, la conducta inquietante –que expresa el padecer (Illness)- y los signos biológicos, particularmente aquellos originados en la enfermedad (disease) confieren significados socialmente reconocibles, los cuáles son integrados en síntomas y resultados que son socialmente significantes. Cada cultura tiene reglas para traducir signos en síntomas, para ligar sintomatologías a etiologías e intervenciones y para usar la evidencia provista por las intervenciones, para confirmar las traducciones y legitimar los resultados. El patrón que una persona sigue de la traducción, a los resultados socialmente significantes, constituye su malestar. "El malestar (sickness) es entonces, un proceso para socializar la enfermedad (disease) y el padecimiento (illness)" (Young, 1982, p. 270).

El ‘malestar’ que expresan las personas trans que recurren al sistema de salud, deviene en parte, en una traducción particular de lo que es ‘ser’ una mujer o un hombre ‘apropiados’, en base a definiciones socioculturales de lo femenino y masculino. En este sentido, la transexualidad, la disforia de género¹³⁰, el TIG, conforman categorizaciones médicas que les permiten a las personas trans poner en común parte de sus experiencias; a la vez que autorizan, las intervenciones biomédicas de sus cuerpos. A partir del abordaje terapéutico se inicia un proceso de transición, en pos de lograr cierta ‘coherencia’ entre las sensaciones experimentadas por el ‘paciente’ y su imagen corporal expresada socialmente.

Si ellas ya no están enfermas, el sistema de salud se hace el loco...

Como ya mencionamos, a partir de la implementación de la Ley 26.743, desaparece la necesidad de contar con un diagnóstico psiquiátrico. El hecho de haber iniciado el trabajo de campo antes de la sanción, me permitió transitar junto a los equipos todo el recorrido, presenciar los debates previos y posteriores y registrar las discusiones, inquietudes e incertidumbres que vivenciaron los profesionales durante ese proceso. Claramente, se vislumbraba un cambio drástico en el modo de concebir la medicalización de la experiencia trans y las modalidades de atención. Ahora, el abordaje separaba y diferenciaba dos ámbitos que en la racionalidad médica se presentan inherentemente vinculados, el del diagnóstico y el de las intervenciones terapéuticas.

Por otro lado, al ser debate que se desarrolló principalmente en el ámbito jurídico y en el de algunos colectivos LGBTTTI, los proyectos de Ley y las discusiones que los rodearon se dieron por fuera el ámbito sanitario. Cuestión que profundizó la vieja disputa que protagonizaban ambos campos de saber, previamente a la sanción de la Ley, en torno a las autorizaciones judiciales de las intervenciones corporales.

⁶El término disforia de género fue acuñado en 1973 por Robert Fisk, la utilización de la palabra disforia remite al *malestar* que experimentan algunas personas transexuales con su propio cuerpo. Dicho término se utiliza como sinónimo de enfermedad, inscribiendo a la experiencia transexual en el plano de las patologías.

NOSOTROS LO MIRAMOS POR TV, NOSOTROS QUE SOMOS LOS QUE TRATAMOS CON ESTOS PACIENTES TODOS LOS DÍAS Y LE PONEMOS EL CUERPO A ESTO, NO TUVIMOS NI VOZ, NI VOTO ACÁ (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

EL SISTEMA DE SALUD ESTÁ PENSADO PARA... BRINDA HERRAMIENTAS PARA TERMINAR CON LA ENFERMEDAD, NO PARA EL QUE ESTÁ SANO Y SI ESTO NO ES UNA PATOLOGÍA, SI NO ESTÁ ENFERMO, ENTONCES ACÁ NO TENEMOS NADA QUE HACER (LUISA, ENFERMERA)

Así, mientras el tema y las controversias que lo rodeaban cobraban visibilidad, los profesionales arriesgaban opiniones y especulaban respecto de cuáles serían los criterios que privilegiaría la nueva Ley.

SERÍA PELIGROSO DONDE HABLAR DE DESPATOLOGIZAR LA TRANSEXUALIDAD IMPLICA ESE DISCURSO DEL OLVIDO Y LA IRRESPONSABILIDAD O SEA "AHH COMO ESO NO ES UN ENFERMEDAD, ENTONCES..." ESE JUEGO DE VAMOS A DESPATOLOGIZAR PERO EL SISTEMA SANITARIO DEJA DE HACERSE CARGO Y MIRA PARA OTRO LADO. SI ELAS YA NO ESTÁN ENFERMAS, EL SISTEMA DE SALUD SE HACE EL LOCO (ANDRÉS, URÓLOGO Y CIRUJANO)

COMO TE DECÍA ANTES, SI EMPEZAMOS A DESPATOLOGIZAR MUCHAS MÁS COSAS, Y ACÁ ESTOY PENSANDO EN LO QUE IMPLICARÍA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, SIN DUDA ALGUNA SE ABRIRÍA LA PUERTA A UNA AVALANCHA DE CUESTIONES QUE PARA MÍ SON INMANEJABLES (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

Si bien casi todos coincidían en que el tema debía desvincularse del ámbito jurídico, un grupo de profesionales se mostraba claramente en contra de la despatologización, mientras otra sector se expresaba a favor, aunque los argumentos no eran para nada homogéneos. Estas discusiones fueron más propicias en espacios extra institucionales, o bien en situaciones desvinculadas de la atención. Así presencié acalorados debates sobre el tema en las Jornadas de Urología a las que concurrí -sólo a etnografiar- junto a ‘mis nativos’, o en los almuerzos y meriendas de los office de cirugía –

sin duda un lugar privilegiado para el trabajo de campo- donde los profesionales se animaban a expresar opiniones personales de manera más desestructurada.

Quando vengo al hospital B siempre me quedo hasta después del mediodía, es el momento en casi todo el equipo se reúne en el office de cirugía en un clima distendido. Todos se acomodan en la mesa larga y entre mate o Coca-Cola, facturas o empanadas, almuerzan y charlan de los más variados temas. Desde algún titular del diario del día –que nunca falta en la mesa- hasta algunas situaciones de las consultas o simplemente los planes para el fin de semana. En esas situaciones los profesionales utilizan lenguaje coloquial, incluso hacen chistes y no están tan pendientes de mi ‘presencia’, de modo que logro un acercamiento menos formal y con más confianza. En varias oportunidades en que tenía prendido el grabador, me pidieron que lo apague ante ciertos comentarios o situaciones que sentían que podían ‘comprometerlos’. (registro de campo, marzo de 2014)

AHORA YO ME PREGUNTO...ESTÁ EL ESTADO OBLIGADO A PAGAR SI NO ES UNA ENFERMEDAD? HASTA AHORA VISTE, POBRE GENTE ES UN ENFERMO... PERO SI NO?(...) ES QUE YO NO QUIERO TERMINAR PONIENDO PRÓTESIS A CUALQUIER MUJER QUE SE SIENTA FRUSTRADA Y DEPRIMIDA PORQUE TIENE POCAS TETAS! (RISAS)... PORQUE AHORA LA MANO VIENE ASÍ... (PABLO, CIRUJANO)

UN CERTIFICADO DE DISFORIA DE GÉNERO, ESO PARA MÍ POLÍTICAMENTE IMPLICA SER UNA PERSONA INHÁBIL, QUE ESTAS ENFERMA Y QUE NECESITAMOS CORREGIRTE MEDICAMENTE, DESDE ESA PERSPECTIVA DIGO, SI YO SERÍA UN ABANDERADO A FAVOR DE QUE SE DESPATOLOGICE (GASTÓN, URÓLOGO)

SI MI LABOR COMO PSIQUIATRA ESTÁ EN EL DIAGNÓSTICO ¡SÍ! LAS VECES QUE UNO TIENE QUE RECURRIR A LA PSIQUIATRÍA Y LA PERSONA TIENE QUE ENTENDER TAMBIÉN QUE ES NECESARIO ESO, PORQUE ESTÁN... PARA ALGO EXISTEN LOS TÉRMINOS, PARA ALGO SE LOS INVENTARON Y MUCHA VECES FUNCIONA PARA QUE LA PERSONA SALGA ADELANTE (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

Además, por tratarse de una resolución al tema que no sido suficientemente consensuada con el ámbito médico hay una variedad de percepciones y opiniones al interior de los equipos y los criterios de abordaje varían de un hospital a otro.

A MÍ NO ME PUEDE VENIR UN PSICÓTICO, UN ESQUIZOFRÉNICO...BUENO, AHÍ SÍ TENEMOS QUE HACER UNA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA DESCARTAR ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE. Y DESPUÉS EL LÍMITE SERÁ EN UNA ENTREVISTA, DE TRATAR DE VER...EEEH...LAS POSIBILIDADES DE QUE LA CIRUGÍA LE SOLUCIONE LA VIDA AL PACIENTE Y NO SE LA COMPLIQUE (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

-¿VOS SOLICITAS ADEMÁS, DE LO CLÍNICO, ALGÚN CERTIFICADO DE SALUD MENTAL?

- AUNQUE EL DIAGNÓSTICO YA NO HACE FALTA, YO ME TENGO QUE ASEGURAR. YO SIEMPRE SOLICITO UN INFORME AL PSIQUIATRA NO PARA QUE ME DIGA SI ES TRANSEXUAL O NO, SINO QUE POR LO MENOS ACLARE QUE EL TIPO NO ESTÁ LOCO, QUE NO ES UN PSICÓTICO QUE TUVO UN BROTE (ERIC, URÓLOGO Y CIRUJANO)

200

La multiplicidad de especialidades médicas que intervienen y el abordaje terapéutico coordinado, es una de las particularidades de la medicalización de la experiencia transexual. Ello da lugar en la dinámica hospitalaria a una serie de derivaciones entre los distintos especialistas, que junto a las indicaciones terapéuticas se encuentran preestablecidas -en parte-, por los protocolos y la estructura organizativa de cada institución hospitalaria. Ante cada nuevo 'caso', hay una serie de pasos a seguir que se plantean como 'adecuados' y que organizan tanto las relaciones y rutinas médicas, como el dispositivo de la transexualidad en un sentido más amplio.

No en todos los hospitales las personas ingresan al dispositivo a través del mismo servicio – puede ser urología, salud o medicina sexual, cirugía reconstructiva, entre los principales- y muchas veces las derivaciones trascienden el espacio institucional recayendo en otros hospitales o en espacios privados de atención. Esto se debe, en parte, a las resistencias que muestran algunos profesionales y/o servicios a atender a estos 'pacientes'.

ACÁ NOSOTROS ARTICULAMOS CON UNA PSICÓLOGA QUE TRABAJA EN EL ALVEAR, PORQUE NO TENEMOS ESPECIALISTAS DE SALUD MENTAL QUE ESTÁN DUCHOS Y LA VERDAD QUE ESTO NO ES PARA CUALQUIERA (PABLO, CIRUJANO)

Y CON LO MÁS COMPLEJO POR AHÍ, CUANDO FUNCIONA, ES CUANDO TENEMOS QUE TRABAJAR CON CIRUGÍA PLÁSTICA, CON LOS PLÁSTICOS. LOS PLÁSTICOS FUERON BASTANTE RETICENTES CON NOSOTROS AL PRINCIPIO Y, DE HECHO, AL PRINCIPIO SE NEGARON DIRECTAMENTE Y DESPUÉS CUANDO FUIMOS A HABLAR... (BERNARDO, PSIQUIATRA Y SEXÓLOGO)

ENTONCES, AHÍ ES OTRO PROBLEMA PORQUE AHÍ ELLOS EVALÚAN Y DESPUÉS VAN A UN ATENEO, SE PRESENTA EL CASO EN UN ATENEO, NO CON EL PACIENTE SINO CON FOTOS DEL PACIENTE. ENTONCES, ANTES NO LLEGÁBAMOS A ESO, LO REBOTABAN EN EL... ÍBAMOS NOSOTROS AL ATENEO, PRIMERO ACOMPAÑÁBAMOS AL PACIENTE, ÍBAMOS AL ATENEO NOSOTROS Y COMO VIMOS QUE AHÍ SE DECÍA CUALQUIER COSA, OFRECIMOS DAR NOSOTROS UN ATENEO EXPLICÁNDOLES LO QUE ERA EL PACIENTE TRANS, PORQUE INCLUSIVE NOS DIJERON SI PODÍAN PRESENTAR COMO “OBJECCIÓN DE CONCIENCIA” PARA NO OPERAR. NOSOTROS LE DIJIMOS QUE NO, O SEA, PODÍA SER ALGUIEN QUE... PERO EL SERVICIO NO PUEDE DECLARARSE QUE TIENE PROBLEMAS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. ENTONCES, BUENO, LA VERDAD ES QUE ES MUCHO MÁS FÁCIL CON..., LO QUE UNO SE DA CUENTA, ES MUCHO MÁS FÁCIL EN CAMADAS MÁS JÓVENES QUE EN CAMADAS MAYORES (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

Recordemos que los equipos –no siempre en la práctica están tan articulados- se fueron conformando por *motu proprio* y a medida que se sumaron nuevos profesionales buscaron capacitarse colaborativamente o lo hicieron en el exterior (particularmente en lo que refiere a técnicas quirúrgicas). Recién a partir de la sanción de la Ley, el Ministerio de Salud promovió la comunicación y los vínculos entre los profesionales y equipos, que hasta ese momento, prácticamente, trabajaba cada uno por su cuenta.

CAPÍTULO IV

202

Intervenciones corporales entre la normalización y la perfectibilidad

En este capítulo presentamos un abordaje que incluye diversas perspectivas en torno a uno de los “nudos” de esta tesis, las intervenciones corporales mediadas (bio)tecnológicamente. Nuestro enfoque atraviesa un recorrido que va desde la construcción del cuerpo sexuado bajo la mirada moderna, a las posibilidades que habilitan las (bio)tecnologías en torno a la ruptura de los dualismos clásicos femenino/masculino, natural/artificial, y a una reescritura y corrección de la naturaleza.

En este sentido, a partir de una descripción de modalidades de intervención corporal que vinculamos con las Tecnologías del Yo foucaultianas sostenemos que las mismas se presentan en la actualidad como instancias de “consumo” en pos de la construcción de un proyecto corporal. Identificamos y caracterizamos, siguiendo el planteo de Paula Sibila (2010), dos paradigmas tecnológicos de intervención: el protésico

y el molecular. El primero centrado en el modelo más clásico del cuerpo-máquina con ‘partes’ que pueden desmembrarse, intercambiarse y reemplazarse “desde afuera”; y otro paradigma, habilitado por la biología molecular que sostiene la noción de ‘gen’ como unidad condensadora de la información que constituye al sujeto. En este caso, las intervenciones se plantean “desde adentro” habilitando el intercambio de fragmentos e información en la concepción o en la reprogramación del desarrollo celular, por ejemplo. En ambos modelos la ‘naturaleza’ es materia prima maleable y un espacio propicio para la aplicación de un sinnúmero de prácticas y técnicas que apuntan tanto a normalizar o corregir, como a mejorar y volver perfectible el cuerpo. Éste se ubica como el epicentro de las intervenciones y en ese sentido se vuelve necesario desandar su construcción, desnaturalizar su biología y plantearlo como un producto de la mirada moderna.

Trasladando estas nociones y perspectivas de análisis al plano empírico, abordamos las dimensiones y estrategias de intervención que se han institucionalizado para el abordaje de la experiencia trans. Describimos las modalidades de intervención que los avances tecnológicos y biomédicos habilitaron dando lugar a un protocolo de atención que se centra tanto en el plano de las conductas, como en el plano de la corporalidad. En nuestro trabajo de campo en hospitales públicos, identificamos distintas áreas institucionales, profesionales y tecnologías que se presentan ‘actuando’ en el proceso de ‘cambio de sexo’. Desde la terapia psi y el tratamiento hormonal hasta la cirugías de reasignación de sexo y otras tecnologías asociadas.

Finalmente, reflexionamos en torno a la paradoja de la biomedicina respecto de su intención inicial de borrar las ambigüedades, dando lugar a la construcción de cuerpos híbridos, cyborgs en términos de Donna Haraway (1995), que engendran nuevas mezclas. Además, proponemos analizar el redencionismo asociado a las tecnologías, particularmente en el caso de las personas trans, las intervenciones corporales como instancias soteriológicas que habilitan una nueva identidad y una nueva manera de ser y estar en el mundo.

EXPERIENCIAS CORPORALES CON LAS TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS

Redireccionar el ‘cuerpo natural’ y a su vez negarlo como natural, evidenciando su condición de cuerpo social y subjetivamente construido: arrugas, cicatrices, senos poco desarrollados, narices demasiado grandes, cada uno de los trazos de nuestra anatomía puede tornarse en una dimensión susceptible de una intervención específica
(Roca, 2011)

REDENCIONISMO Y LECTURAS TRANSHUMANISTAS

205

Detrás de las ideas de un cuerpo y una salud ‘perfectibles’, que por supuesto es una búsqueda infinita, una quimera que se presenta en lucha constante con la naturaleza y el paso del tiempo, se esconden sueños biotecnológicos y obsesiones tecnofílicas. La idea de que la tecnología mejorará la naturaleza, transformándola al punto de volverla ‘perfecta’ no es nueva. La corriente filosófica del transhumanismo supone la posibilidad de mejorar tecnológicamente a los seres humanos como individuos y como sociedad por medio de su manipulación como especie biológica; abrazando el sueño de abandonar y superar la precariedad de la existencia orgánica.

Vilaça y Palma (2012), refieren la “odisea de la manipulación” como una búsqueda de un “plus”: más salud, más felicidad, más longevidad; o como refiere Roca (2011) -en la observación de las publicidades y la información de los bancos de esperma y óvulos- la búsqueda de una “hipernormalidad”, que se traduce en más cantidad y movilidad de espermatozoides de lo normal, más controles que en la reproducción natural, etc. En este sentido, en la criopresevación de gametos parece afirmarse una tendencia a ‘resguardar’ ciertos atributos concebidos como valores estéticos o reaseguros de la salud, al estilo de una “caja de seguridad biológica” (Roca, 2011).

El transhumanismo defiende un desarrollo responsable de las biotecnologías para ampliar y perfeccionar las capacidades físicas, mentales y emocionales; Max More (1990) lo definió como un proceso de perpetua superación de los límites biológicos. El propio Bostrom¹³¹ presenta indicios sobre la continuidad entre la noción de sujeto del

¹³¹ Nick Bostrom y David Pearce crearon la *Asociación Mundial Transhumanista*(WTA), a principios de 1998, para proporcionar una base organizativa general para todos los grupos e intereses transhumanistas a lo largo del espectro político. Pearce (2004) defiende en *The hedonistic imperative* un ambicioso programa para eliminar el sufrimiento tanto

transhumanismo y el humanismo renacentista. En 1486 Giovanni Pico dellaMirandola proclamó que el hombre no tiene una forma acabada y es responsable de dársela a sí mismo: “...te hemos hecho una criatura que no es ni del cielo ni de la tierra, ni mortal ni inmortal, para que puedas, como libre y orgulloso moldeador de tu propio ser, darte a tí mismo la forma que prefieras” (Oración sobre la dignidad humana *apud*Bostrom, 2011, p. 175).

Un transhumano es un “humano de transición”, alguien que en virtud de su uso de la tecnología, valores culturales y modo de vida constituye un enlace evolutivo con la era de la posthumanidad. Esfandiary describía en 1989 los signos del transhumano, que incluirían “prótesis, cirugía plástica, uso intensivo de telecomunicaciones, un perfil cosmopolita y un modo de vida trotamundos, andrógino, de reproducción mediada (tal como fertilización in vitro), ausencia de creencia religiosa, y un rechazo de los valores familiares tradicionales” (Esfandiarycitado en Bostrom, 2011, p.172). Los avances en psicofármacos y medicamentos para mejorar el tono muscular, borrar selectivamente recuerdos, activar la concentración, descansar o inundar con hormonas un cuerpo “equivocado” o que desea ser “otro”, así como las intervenciones de la ingeniería y la consultoría genética, representan para los transhumanistas una opción para “rescatar al sapiens del ciego proceso de variación aleatoria, adaptación y selección al que lo habría arrojado la evolución, y dotarlo del poder de controlar las sucesivas fases de su desarrollo como especie” (Bostrom, 2011, p. 191).

Manzocco (2014, p. 46) se refiere al transhumanismo como un extraño movimiento híbrido entre la ideología, la filosofía y la fe, que construye una nueva torre de Babel, en donde los humanos viviríamos como entidades electrónicas, a partir de algunos desarrollos que ya existen, tales como la realidad virtual, el diagnóstico genético pre-implantatorio, la ingeniería genética; los medicamentos que mejoran la memoria y la

en los animales humanos como en los no-humanos, por medio de la neuro-tecnología avanzada y propone un “paraíso ingenieril” en el que seres sentientes serían rediseñados para experimentar niveles de bienestar sin precedentes. En 2002, la WTA produjo *TheTranshumanistDeclaration*, disponible en: <http://transhumanism.org/index.php/WTA/declaration>

concentración, drogas para el rendimiento y los estados de ánimo; cirugías estéticas y de cambio de sexo, prótesis, hormonas, medicina anti-edad, interfaces humano-ordenador, entre otros, y a la espera de que “conforme maduren, la combinación de estas capacidades tecnológicas podría transformar profundamente la condición humana”. La agenda transhumanista, será la de “hacer tales opciones de perfeccionamiento seguras y disponibles para cualquier persona” (Bostrom, 2005, p. 14). Ahora bien estos procesos de tecnologización también pueden ser entendidos como modos que asume la “política de gobierno de las poblaciones”, en tanto el “diseño químico de los gustos y la bioregulación de los vínculos sociales implica la reaparición de viejas formas de esclavitud, servidumbre y sometimiento” (D’Odorico, 2014, p. 8). El peligro y la angustia ambivalente de un mundo que funciona automáticamente y se reproduce cada vez con más autonomía, invade los espacios de reflexión y parece esfumar el contorno mismo de lo humano, como si fuéramos testigos de una etapa cuyas “experiencias medicalizadas, informatizadas y biológicamente intervenidas equiparan y superan los mundos literarios imaginados por William Bourroughs o James Ballard” (D’Odorico, 2014, p. 8).

La concepción protésica de la técnica, el ser humano como ser carencial

Los fundamentos teóricos del paradigma protésico pueden rastrearse hasta los orígenes del mito griego en el que Epimeteo distribuye equitativamente distintos atributos (velocidad, capacidad de vuelo, pelaje, fuerza, etc.) entre las diferentes especies de animales para asegurar cierta ecuanimidad. Cuando Prometeo verifica el reparto realizado por su hermano, se da cuenta de la desventaja en que habían quedado los seres humanos; entonces decide robar la técnica del fuego a los dioses y entregársela a los hombres para que logren subsanar el desequilibrio en que habían quedado posicionados. El mito de Prometeo se asocia al origen de las técnicas e implica simbólicamente la posibilidad de controlar la naturaleza.

Desde la antropología filosófica, Gehlen (1987, 1993) sostiene la tesis del hombre como un animal incompleto, cuya naturaleza imperfecta, requiere de compensaciones para sus déficits (Marquard, 2001). Y he aquí el rol que vendrían a jugar los artefactos

técnicos como prótesis compensadoras o equilibradoras. Recuperando parte de las reflexiones de Parente en torno a la concepción protésica de la técnica (2007, 2010) y a partir de una crítica a las nociones de esencialismo adaptacionista como materialización de un “plan de la naturaleza” (Gould, 1993); entendemos al hombre como un ser inherentemente técnico, atravesado por la producción de saberes y desarrollos artefactuales que dan forma a su humanidad¹³². “El hombre al transformar la naturaleza se transforma a sí mismo”, dice Marx, y esta ha sido la clave para la comprensión del proceso de hominización: el uso de herramientas implica una transformación de la naturaleza, que a su vez redundando en una transformación del hombre mismo, los artefactos hacen a los hombres al mismo tiempo que podríamos decir que hoy las prótesis hacen al cuerpo, se ‘incorporan’. Este conjunto de planteos no hace más que remitirnos al dualismo ontológico levistraussiano de naturaleza –cultura, fundante de la disciplina antropológica.

Para desarmar ese dualismo asumimos un abordaje de los cuerpos, los artefactos y las mediaciones técnicas que borre las distinciones modernas entre humanos y no-humanos, entre naturaleza y artefacto. “Las tecnologías pertenecen al mundo humano en una modalidad distinta a la de instrumentalidad, eficiencia o materialidad (...) no son simples intermediarias funcionales, sino que se presentan como mediadoras” (Latour, 2002, p. 248).

Pero yendo aún más allá, entendemos que no existe algo así como “la naturaleza” en un sentido esencial, no hay modo de que ésta pueda preexistir a su construcción, no hay naturaleza que no haya sido previamente significada, categorizada; es decir, inscrita en la cultura, y en ese sentido, intervenida y artificializada. La naturaleza es un producto

¹³²Para ciertos autores, gran parte de los estudios antropológicos clásicos pueden considerarse de hecho como “estudios sobre la ciencia y la tecnología nativas” (Hess, 1992; Roca, 2011), de allí que varios investigadores del campo CTS recuperen la perspectiva holística y el método etnográfico para el estudio de las sociedades científico-técnicas occidentales. En este sentido, las etnografías de laboratorio fueron un punto de inflexión para el avance del aporte antropológico en este campo (Latour y Woolgar, 1995; Lynch, 1979; Knorr Cetina, 1981).

del pensamiento moderno, es en sí misma un artefacto que construimos como ficción y como hecho, dice Latour. La naturaleza es eso “otro”, sólo a partir de separarla de la cultura del “nosotros”, y en ese movimiento también se vuelve “otros” (salvajes, primitivos, nativos, etc) que de algún modo nos indican lo que fuimos, pero lo que ahora ya no somos.

Desde el dualismo anormalidad/normalidad a la noción de upgrade o supranormalidad

Y así como no hay “naturaleza”, tampoco hay un “cuerpo natural” que devenga en “normal”. Uno de los rasgos fundamentales y característicos de la racionalidad médica moderna es, como mencionamos en el primer capítulo, la perspectiva dual normalidad/patología (Canguilhem, 1982), que se inscribe en los cuerpos, en los comportamientos y en la vida misma. Esta modalidad cada vez más abarcativa de clasificación y monitoreo, no es más que la continuación por otros medios de los controles morales que hasta el siglo XVII y XVIII fueron propios de las instituciones religiosas; anclados en las vinculaciones entre anormalidad, amoralidad y patología (Conrad y Schneider, 1992; Foucault, 2010; entre otros). Sin embargo, hay enormes variaciones en tiempo y espacio, incluso dentro de una misma cultura, respecto de aquello que califica como normal/anormal y por ende de las modalidades de abordaje y tratamiento que se prescriben. Hasta mediados del siglo XX, en las sociedades modernas occidentales existía un corpus normativo y de conocimientos, bastante consensuado y en evidente aumento respecto de qué se clasifica como normal y patológico, a la vez que el Estado solía detentar el control político, jurídico e institucional respecto de las modalidades de tratamiento e intervenciones (Davis, 2002).

Los avances en el campo de la biomedicina, los descubrimientos en el campo de la genética y un arsenal cada vez más creciente de desarrollos tecnológicos vinculados al campo de la salud y la vida han dado lugar a una ampliación de las posibilidades de intervención corporal, así como a un amplio mercado de recursos disponibles. En este sentido, dicha tendencia ha favorecido a la vez la difusión del conocimiento, la

comercialización y los usos de tecnologías biomédicas, borrando cada vez más la distinción, ya un tanto imprecisa, entre tratamiento y *enhancement* (Russo, Rohden y Giami, 2014). El concepto de *enhancement* o *upgrade*-se podría traducir como perfeccionamiento, realce o mejora- incorpora una nueva dimensión “estética” y/o un “plus” funcional que va más allá del tratamiento, al menos en los términos tradicionales de medicalización y atención de la enfermedad. Dicho concepto instala, por un lado, una concepción de salud en términos de un “ideal” de cuerpo, persona y modo de vida, en el que sería posible revertir -e incluso eliminar- desórdenes, alteraciones, discapacidades u otras “anormalidades”; por otro, contempla un alto grado de autonomía de los sujetos para decidir respecto de qué alternativas seguir y qué tecnologías o artefactos consumir para alcanzar dicho “ideal”.

Así, se invisibiliza cada vez más la frontera entre las nociones terapéuticas asociadas a la “reparación” o “equilibrio” del cuerpo natural y las ideas que proponen “trascenderlo” y “perfeccionarlo”. De hecho la misma tecnología de intervención puede ser las dos cosas al mismo tiempo, usada en circunstancias y por sujetos diferentes. Por ejemplo, el tratamiento con hormonas de crecimiento (hGH siglas en inglés) puede aplicarse en casos de enanismo infantil, pero también en casos de personas “petisas”, esto además, en el contexto que el promedio de altura “normal” varía entre países, no será el mismo en Japón que en Alemania. En las reflexiones se mezclan cuestiones vinculadas con el discurso bioético y lo que es médicamente necesario, junto al constante avance de la medicalización y la farmacologización en diferentes esferas de la vida cotidiana y los desarrollos tecnológicos vinculados al cuerpo y la salud, a lo que se suma también, los ideales democráticos de derechos, justicia e igualdad de oportunidades (Davis, 1995; Shapiro, 2002).

Las tecnologías que burlan la condición inmodificable del “cuerpo natural” - y en sentido más amplio de la vida misma- se presentan mediadas, de una forma u otra por la biomedicina. A lo largo del siglo XX, al interior de la ciencia médica tuvieron lugar una serie de revoluciones en las que los avances científico-tecnológicos desempeñaron un rol decisivo. Podemos identificar dos grandes epistemes que conviven y se complementan en

la actualidad en relación a las intervenciones corporales, el paradigma protésico y el paradigma genético o molecular.

El paradigma protésico. Permutas tecnológicas y el homo prostheticus

En el paradigma protésico predomina la representación moderna del cuerpo como máquina, con mecanismos aceitados y partes que pueden separarse, trasladarse e incluso reemplazarse. Teniendo como escenario la Primera Guerra Mundial y gracias al desarrollo que alcanzó la asepsia, la ingeniería y las incipientes técnicas quirúrgicas, comenzaron a desarrollarse y comercializarse todo un arsenal de repuestos “a medida”. En un sentido En el paradigma protésico predomina la representación moderna del cuerpo como máquina, con mecanismos aceitados y partes que pueden separarse, trasladarse e incluso reemplazarse. Teniendo como escenario la Primera Guerra Mundial y gracias al desarrollo que alcanzó la asepsia, la ingeniería y las incipientes técnicas quirúrgicas, comenzaron a desarrollarse y comercializarse todo un arsenal de repuestos “a medida”.

En un sentido amplio, la idea de prótesis implica tanto el reemplazo de la parte, miembro, órgano y/o función ausentes; como la modificación en el desarrollo del órgano vivo; imitando el aspecto natural y el funcionamiento del organismo. Mediante el uso de prótesis, la enfermedad y la discapacidad no sólo son sobrevividas, sino desestabilizadas, reencauzadas y reconfiguradas bajo nuevas condiciones y mediaciones biotecnológicas. En el mismo sentido, el trasplante de tejidos u órganos y su amputación se ha utilizado como procedimiento terapéutico desde los años cincuenta para abordar una variedad de condiciones (Castillejo Cuellar, 2008; Kimbrell, 1993; Fineman, 1993).

Las primeras prótesis rudimentarias, construidas con materiales toscos como madera o metal, fueron paulatinamente reemplazadas por piezas cada vez más sofisticadas y similares al órgano “natural”¹³³. De acuerdo a Schwartz (1996) la industria de las prótesis

¹³³Jules Amar se encargaba tanto del seguimiento profesional como médico de los soldados amputados. Sus investigaciones le condujeron al desarrollo de una mano protésica que, gradualmente, dejará de ser mimética para convertirse en funcional, alejada entonces de la anatomía de la mano.

cobró impulso a fines del siglo XIX. De una copia mimética de la mano o las piernas (de palo) pasó a lograrse un artefacto funcional, calcado del modelo mecánico y capaz de mover las articulaciones¹³⁴.

La ortopedia es una rama de la medicina encargada de integrar los miembros artificiales y los movimientos neuromusculares. El paso siguiendo para el perfeccionamiento funcional de las prótesis es la unión quirúrgica de los nervios, que actualmente contempla la restauración de los sentidos y las funciones neuronales, a través de los desarrollos en biónica. Esta área de la medicina parece ofrecer ventajas insospechadas para la industria del desarrollo de prótesis informáticas, gracias a la miniaturización de los componentes electrónicos, la creación de materiales biocompatibles y la ingeniería de tejidos.

La metáfora del cuerpo como máquina impone una concepción fragmentada de órganos y tejidos, los mismos constituirían piezas de un complejo mecanismo, dispuesto a la 'reparación' o al 'reemplazo'; las nuevas tecnologías podrían componer un stock personalizado de 'repuestos' humanos a la venta: prótesis ortopédicas, dentales o mamarias, audífonos y marcapasos, córneas artificiales o caderas de titanio y hasta válvulas cardíacas, suponen sólo los ejemplos más comunes.

La incorporación del paradigma genético. Una nueva política molecular

El segundo paradigma se desarrolla más hacia mediados del siglo XX y se identifica con la idea de 'gen' como unidad condensadora de la verdad, la identidad y el destino de los sujetos -reemplazando en parte al sexo en esas cuestiones-. "El gen es la pieza maestra más refinada que ha logrado la mecánica cuántica del Señor (...) es como una minúscula oficina de control de cada célula, estaciones locales de gobernación dispersas por todo el cuerpo" (Schrödinger, 1955 citado en Nelkin, 1995, p.48).

Una medicina molecular o genética que transmuta y manipula a nivel microscópico fragmentos (primero los hace visibles y divisibles) y habilita intercambios

¹³⁴ La prótesis que se incorpora y comercializa se distancia del modelo del soldado y de su utilización como herramienta ocasional, para convertirse en el prototipo del trabajo industrial y en cadena de la postguerra.

que incluyen a varios sujetos excediendo los límites del propio soma: donación de gametas y embriones, FIV, células madre, etc. (Fox Keller, 2000; Rabinow, 1996; Rose, 2012). Los procedimientos de la ingeniería genética y la biotecnología dan paso a un modelo de naturaleza-manufactura, donde la naturaleza deviene artificial, tecnologizada y creada ‘en’ el laboratorio para transformarse en un bien de consumo¹³⁵. El paradigma molecular remite a una separación del cuerpo orgánico, entendido como hardware, de lo que sería información codificada, concebida como software (Sibila, 2006); y puede analizarse a la luz de las dos dimensiones de la biopolítica foucaultiana.

En tanto anatomopolítica -que promueve intervenciones individuales- la genética permite “diagnosticar, administrar y controlar los riesgos”; por ejemplo a partir de las técnicas de selección y monitoreo de embriones o del DGP –Diagnóstico genético preimplantacional- entre otras. Surgen así las nociones de riesgo genético, predisposición y/o previsibilidad genética, cuestiones que amenazan la propia salud, a nivel somático y la de la descendencia, a nivel hereditario. Además, con las terapias de células madre se despliega toda una nueva serie de opciones y tratamientos -aún no suficientemente exploradas-. Finalmente no podemos dejar de mencionar ciertos desarrollos en genética comportamental que, tomando como base la estadística, apuntan a la identificación y vinculación- más o menos causal- entre un determinado gen y cierto atributo de la personalidad. De ello se desprende la aún remota, pero consecuente posibilidad de “reparar” o “eliminar” algunas “fallas”, o por el contrario potenciar ciertas “virtudes”.

En tanto biopolítica de las poblaciones, la “información genética” de las diferentes especies biológicas puede ser rescatada, preservada y secuenciada por la tecnociencia. A través del almacenamiento de “la esencia inmaterial”, ya sea a través de un código o de material genético, con la intención de un uso futuro para replicar los organismos¹³⁶; sería

¹³⁵El año 1973 es fundante para la ingeniería genética, en ese momento se aplicó con éxito por primera vez el procedimiento que permitió producir el ADN recombinante; logrando así intervenir sobre “el código de la vida” para “desarmar” un organismo y volver a organizarlo (*engineered*) mediante un conjunto de técnicas. El paso siguiente fue la recombinación genética de organismos que jamás podría ocurrir de manera espontánea en la naturaleza, dando lugar a los primeros OGM (organismos genéticamente modificados) y posteriormente a las técnicas de clonación de organismos.

¹³⁶Un claro ejemplo de ello es la creciente puesta en funcionamiento de bancos de semillas o de material genético de fauna a lo largo del mundo: *Proyecto Genoma 10K*, *FrozenArk*, *Proyecto Arca de la Fundación Bioandina*, *MilleniumSeed*

posible superar los problemas que plantea la extinción. Al nivel del cuerpo-especie, las posibilidades que habilitaría la biotecnología se presentan como infinitas, en tanto suponen una re-planificación o incluso una evolución “autodirigida”. Las fantasías eugenésicas de “mejorar” la especie humana ya parecen alcanzables, a partir de técnicas que operarían en la línea germinal del genoma humano provocando mutaciones que pueden abarcar a toda la especie. En este sentido, Sibila (2006) refiere a una postevolución- en tanto evolución artificial o no “natural”- como la máxima ambición biopolítica que permitiría reprogramar los destinos biológicos, tanto a nivel individual como colectivo ¿Por qué esperar cientos de miles de años para que una mutación aleatoria “favorable” se plasme en la especie?

No debemos dejar de lado que, si bien nos centramos en las intervenciones que apuntan a una “normalización” o “*up grade*” de ciertas dimensiones orgánicas, muchos planteos incluyen los comportamientos y la conducta, que en los discursos científicos suelen presentarse . Por ejemplo, las antiguas modalidades de tratamiento y corrección de las manías y la depresión como el uso de la terapia electroconvulsiva o electroshock, o las actuales intervenciones en los procesos cognitivos que proponen las neurociencias.

La biotecnología contemporánea supone un cambio drástico, desde la episteme moderna de la herencia, el sexo y la reproducción, al paradigma posmoderno e informático de la replicación y la recombinación genética. Ya no se trata de organismos ni de poblaciones, sino de genes que contienen información en sus secuencias. De ese modo, la capacidad técnica de “reprogramar” el organismo molecularmente no implica sólo que la biología deje de ser destino, sino que implica además, que la reproducción y el “diseño” de la especie pueda quedar en manos de los expertos (Rose, 2007, p. 20).

Las metáforas cambian, pero en ambos casos el cuerpo y la naturaleza son materia imperfecta que puede -y debe- ser corregida mediante su intervención y manipulación – “desde afuera”-, o rediseñando la ‘información’ contenida en sus células- “desde adentro”. Actualmente ambos paradigmas se complementan y trabajan

Bank, entre otros Ver: Pellegrini, P y Ballati, G. (2013) Arcas deNoé en el SigloXXI. Los bancos de semillas entre la preservación y la apropiación de recursos naturales. Actas de *las VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*, ICA, UBA.

mancomunadamente en pos del restablecimiento, la cura y/o el mejoramiento –o *upgrade*- biológico, tanto de las individualidades orgánico-funcionales como del cuerpo-especie de las poblaciones. En este sentido, resulta interesante analizar de qué modo el paradigma protésico ha sido resignificado a la luz de una lectura de “la vida” en términos de información. Las “piezas a medida” que reemplazaban a ciertos órganos han incorporado los avances en el campo de la robótica y las neurociencias; e incluso los tejidos pueden “crearse” a partir de células madres, o bien cultivarse “in vitro”.

Coincidimos con el planteo de Foucault (2002) acerca de que la tecnología no es una simple técnica, sino que se conforma como un dispositivo complejo de saber, poder y verdad, en el que se imbrican instrumentos, textos, discursos y regímenes del cuerpo, que atraviesan y modelan el placer y la subjetividad. Las posibilidades que habilitan las biotecnologías en relación a la transformación del sí mismo, de la manipulación y reproducción de la naturaleza y el control sobre la vida, no hacen más que reformular la afirmación: de que “la biología no es destino”.

Devenir cyborgs. Repensar los dualismos en la postmodernidad

En la sociedad contemporánea la expresión de la persona se identifica con el cuerpo, transformándolo en un ámbito de intervenciones, que requiere de inversiones y disciplina, en tanto la voluntad por dominarlo constituye un valor social con implicancias morales. La tecnología, en estos casos, adquiere protagonismo en la construcción de las identidades, en tanto brinda soporte material y desliza el parámetro de normalidad hacia dimensiones subjetivas; articulando la reescritura de la naturaleza a partir del consumo.

(Roca, 2011, p. 339)

Donna Haraway(1995) caracteriza el producto de las intervenciones corporales como entidades que se constituyen parcialmente como organismo ‘natural’ y parcialmente como ‘artificio’- cuya ambigüedad no hace más que evidenciar las contradicciones y transgresiones de las biotecnologías. Así surge la figura del cyborg como metáfora política y simulacro ontológico; como método para deconstruir la noción de naturaleza al ser la imagen -que en espejo- representa su propio fin. Un tipo de subjetividad en la que no es posible discernir cuánto posee de tecnológica y cuánto de natural, ya que ambas partes solo se materializan en su yuxtaposición. Son los cyborgs quienes muestran que las fronteras del orden moderno se están diluyendo y en su lugar emergen “nuevos límites fluidos e imprecisos, que rompen los dualismos” (Haraway, 1995, p. 12) Más que un *eclipse* o un *derrumbe* del pensamiento moderno (que autorizaría el uso de expresiones como postmodernidad) lo que se revela en este horizonte es *una cosmología basada en pactos y convenciones*(Roca y Dellacasa, 2015).

Tener el poder de crear otras naturalezas, afirma Giordano Bruno (anterior a Francis Bacon), como una premonición. Autores como Rabinow (1996) señalan que los procedimientos de la ingeniería genética y la biotecnología dan paso a un modelo de *naturaleza-manufactura*, o *biosocialidad*, donde la naturaleza deviene artificial, tecnologizada y creada “en” el laboratorio para transformarse en un bien de consumo; además de promover una *reescritura* o *corrección* de la naturaleza. Las transformaciones corporales y la fragmentación que implican las técnicas mercantilizadas de la biosocialidad establecen nuevos escenarios para pensar los límites de las configuraciones modernas.

La noción de “consumo” asociada a las biotecnologías, abre la posibilidad del sueño narcisista del cuerpo y la apariencia como proyectos personales. La vejez, la fealdad, la enfermedad y la finitud devienen exorcizadas por las ofertas tecnocientíficas que prometen modelar el cuerpo y el alma “a medida” del consumidor. El cuerpo se presenta como un territorio a conquistar y perfeccionar que se reta a un combate constante con la naturaleza en su movimiento lineal hacia la corrupción y la muerte. Los dictámenes del mercado intimidan a los sujetos/consumidores a “elegir” y “comprar” en pos de gestionar sus propios cuerpos y subjetividad. En este sentido, nuevos modos de ser

y estar en el mundo se presentan al alcance de los que pueden pagarlos, cuerpos esculpidos y almas capacitadas desafían los obstáculos orgánicos que restringen los sueños de perfectibilidad. La salud y la belleza devienen en valores democráticos, a los que todos deberíamos poder acceder en pos de “realizar(nos)”. Al mismo tiempo la brecha se ensancha entre los que más y menos tienen y las diferencias socioeconómicas se traducen en diferencias estéticas y corporales.

Actualmente, para el caso de las personas trans, la posibilidad de negociación en torno a un proyecto corporal subjetivo, se presenta necesariamente atravesada, disciplinada y configurada por el contexto social en que nacen y se insertan -aunque sea parcial y problemáticamente-. Entendemos que las versiones del “paciente” emancipado en un (bio)ciudadanx con una “responsabilidad corporal” por la que debe velar y decidir, se ciñen a una libertad idealizada. Al mismo tiempo, la idea de unx “paciente-consumidrx” optando libre e informadamente por prácticas, intervenciones y tecnologías para dar forma a su proyecto corporal soslaya una controversia, ya planteada por los estudios CTS, a los principios liberales y a los supuestos de autonomía y libre elección del individuo (Mol, 2008). Las posibilidades de acceder a diferentes modalidades de intervención que apuntan a esculpir un ideal corporal subjetivo, se ven seriamente limitadas por los recursos económicos con los que se cuenta. La oferta del mercado es amplia y diversa en técnicas y desarrollos vinculados a la transformación del cuerpo trans: desde parches hormonales de simple aplicación dérmica, a complejas intervenciones quirúrgicas que incluyen implantes mecánicos y el traslado de tejidos desde diferentes partes del cuerpo, u otras más simples como la operación de las cuerdas vocales. En este sentido, por ejemplo, algunas personas trans para exhibir senos más desarrollados pueden recurrir a inyectarse aceite en forma “casera” (ya sea de cocina o de uso industrial), o bien pueden recurrir al implante de prótesis mamarias de siliconas de la más alta calidad en clínicas privadas, con la consecuente disparidad de costos y de riesgos para la salud implicados en cada uno de esos procesos.

En las *Tecnologías del yo*, Foucault (2008) sentó las bases para la implosión de la dicotomía cuerpo/ agencia, incorporando la noción de una subjetividad coactiva a partir de recurrir a una serie de técnicas internas y externas de disciplinamiento y control, con el fin de moldear una estética de la existencia individual. Este “ocuparse de uno mismo” al que refiere Foucault (2008, p. 48) habilita a las personas a administrar e intervenir su cuerpo, su alma, sus pensamientos, su conducta, su manera de ser, con la intención de transformarse y alcanzar un estado de felicidad, de pureza, de sabiduría, de perfección. En este sentido, las intervenciones de todo tipo, los implantes, las hormonas y las prótesis no son sólo anexos, o agregados del cuerpo; sino que lo configuran dando forma a un proyecto subjetivo que habilita todo un abanico de posibilidades de ‘ser’ y de una vida que merezca ‘ser vivida’.

DESDIAGNOSTICANDO EL GÉNERO, INTERVIENDO LOS CUERPOS

*Afirmar que los sexos son dos,
es afirmar también que todos estos elementos irán encolumnados,
que el sujeto tendrá la identidad subjetiva de género
de su sexo anatómico y cromosómico, lo expresará
y aceptará los roles correspondientes, y hará una elección heterosexual.
Lo que escape a esta disciplina se considerará perverso,
desviado, enfermo, antinatural, y será combatido
con la espada, con la cruz, con la pluma,
con el bisturí y con la palabra.*

(Diana Maffía, 2003)

En *Vigilar y Castigar* (1998), Foucault relata cómo han cambiado las formas de castigo, pasando de una regulación del cuerpo más cruenta y represiva, a una forma más sofisticada e indirecta, en manos de la institución médica.

Sostenemos que el cuerpo sexuado es sometido a la vigilancia y los mecanismos ‘visuales’ de poder, incluso antes del nacimiento (mediante las nuevas tecnologías de

diagnóstico prenatal), el proceso que separa lo normal y lo anormal o lo patológico, ya se pone en marcha. El panóptico sigue funcionando al momento del nacimiento (primera sexuación) y detectará cualquier tipo de problema o anomalía que pueda aparecer de ahora en más, en las sucesivas revisiones y controles a los que será sometido el organismo (peso y talla, análisis clínicos, estudios visuales, entre otros). “Nadie es capaz de burlar la vigilancia institucional sobre el cuerpo en nuestra sociedad” (Foucault, 1998, p. 104).

Desde la mirada biomédica de la transexualidad, aquellos cuerpos que ‘engañan’ pasan a ser ‘cuerpos dóciles’ (Foucault, 1998) que deberán ser disciplinados. Al iniciar el tránsito por el dispositivo, los cuerpos transexuales son narrados y percibidos por la mirada médica como ‘cuerpos erróneos’, ‘cuerpos equivocados’ que es necesario diagnosticar e intervenir. La función ‘medicalizadora’ será entonces de ‘reencauce’, a través de la ‘readecuación’; mediada en este caso por un conjunto de intervenciones (bio)tecnológicas, tendientes a homogeneizar los cuerpos, eliminando de este modo la verdadera variabilidad sexual humana¹³⁷.

Eric es un cirujano joven que trabaja en uno de los equipos desde hace varios años. Si bien ya me lo había presentado Bernardo –una especie de portero en el trabajo de campo en uno de los principales hospital con los que trabajé, sólo habíamos cruzado saludos y algunos comentarios breves de la investigación. Eric se formó en urología y cirugía reconstructiva, es miembro de la Sociedad Argentina de Urología y tomó conocimientos de las técnicas quirúrgicas propias de las cirugías de reasignación a través de colegas de varios lugares del mundo: Chile, Serbia, Brasil; aunque, como aclara humildemente: “es un conjunto de técnicas que ya manejaba, que uno utiliza desde el punto de vista reconstructivo para otras patologías”. Eric se muestra muy entusiasmado por los aspectos ‘técnicos’ de las intervenciones, “como un interés personal y un desafío quirúrgico” y en repetidas oportunidades, ante mis preguntas, intenta mantenerse al margen a la hora de arriesgar una opinión o posición propia respecto de la experiencia transgénero.

¹³⁷Ver Fausto Sterling (2006) *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*, Ed. Melusina, Barcelona.

A MÍ QUIRÚRGICAMENTE ME FASCINA LA CIRUGÍA...EEH...Y TRATO DE PENSAR POQUITO EN TODO LO QUE HAY AFUERA DE ESO...Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA TAMPOCO ME INTERESA QUÉ VAA HACER EL PACIENTE CON LO QUE YO OPERO (ERIC, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Y al momento de caracterizar a las personas transexuales, recupera las palabras e impresiones de ‘sus pacientes’:

SIENTEN QUE SON DEL SEXO OPUESTO AL QUE PERTENECEN DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO (...) COMO HABER NACIDO EN UN CUERPO EQUIVOCADO...ASÍ LO VIVE EL PACIENTE...SI EL PACIENTE SE SIENTE UNA MUJER Y ESTÁ ATRAPADA EN UN CUERPO DE HOMBRE, SIENTE QUE...QUE ALGO PASÓ...DICE BUENO, ACÁ ALGO FALLÓ... (ERIC, CIRUJANO)

En los discursos de los profesionales de la salud, los cuerpos trans se presentan abordados como una materialidad disponible a manipulaciones ilimitadas: amputaciones, injertos, terapias hormonales, implantaciones y tratamientos corporales de toda índole. De este modo, dichas corporalidades se transforman en cuerpo-artefacto, siendo un producto a la vez material y fruto de relaciones sociales históricamente determinadas; reflejan y contienen tensiones y elecciones, dimensiones políticas, económicas, estéticas y simbólicas.

ACÁ LA ÚNICA SOLUCIÓN QUE HAY ES READECUAR... NO PODEMOS ADECUAR SU PSIQUIS, SI PODEMOS ADECUAR LOS GENITALES EXTERNOS A ESE SEXO PSICOLÓGICO QUE ELLOS TIENEN... QUE TENEMOS TODOS, PERO EN ESTE CASO ESTÁ LA DISCORDANCIA, ENTONCES HAY QUE ACOMODAR LAS FICHAS PARA QUE ELLOS SE SIENTAN REALMENTE FELICES. (GASTÓN, URÓLOGO)

En este sentido, los cuerpos de las personas trans, muchas veces son cuerpos ‘no mirados’, cuerpos ocultos, fajados y faltos de reconocimiento por sus propios ‘portadores’. Tal como lo relatan algunos profesionales hay una clara distinción que hace el sujeto “paciente” (y el propio profesional replica) entre sí mismo (su alma, su mente, su

identidad, su yo) y su cuerpo (su anatomía, su genitalidad, que muchas veces es su parte rechazada). ¿Cómo perciben los profesionales ese cuerpo que carece de reconocimiento, de compromiso, y por lo tanto de ‘verdad’ y de ‘certeza’?.

CREO QUE EL TRANSEXUAL NO ACEPTA SUS GENITALES; DE HECHO LOS RECHAZA, A VECES HASTA EL PUNTO DE QUE LLEGAN A HIGIENIZARSE, PORQUE NO LES PERTENECE. O PORQUE LES FALTA ALGO O PORQUE LES SOBRA ALGO DE SU CUERPO, LO DESPRECIAN Y LO OCULTAN (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Estos cuerpos parecen siempre vistos con los ojos de ‘otros’, incluso las propias personas trans, parecen narrar sus cuerpos ‘desde afuera’. La actitud, que los profesionales de la salud identifican como fuerte rechazo al propio cuerpo y en particular a los genitales, sería una de las principales causas de malestar y sufrimiento que llevaría a estas personas a buscar ‘tratamiento’.

Bernardo no puede contenerse, llegó a mitad de la charla que mantengo con Eric en la sala de espera contigua al quirófano, e interviene enérgicamente para darme él una respuesta acabada, que pretende expresar el parecer de ‘todo’ el equipo:

PARA NOSOTROS LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO ES POSTERIOR AL CUERPO, ENTONCES SIEMPRE PUEDEN APARECER ERRORES EN LA ASIGNACIÓN O LA REASIGNACIÓN DEL SEXO, PUEDE HABER PROBLEMAS (BERNARDO, PSIQUIATRA Y SEXÓLOGO)

Cualquier combinación que no responda a la secuencia prevista de diferenciación sexual, parece adentrarse en la esfera de lo patológico, de lo alterado, de lo erróneo. A su vez, la biomedicina clasificará estas ‘alteraciones’ (genéticas, hormonales, gonadales, genitales, psicosexuales, de personalidad) demarcando dos grandes grupos: aquellas denominadas estados intersexuales o desordenes del desarrollo sexual (que remiten a alteraciones en la diferenciación sexual, a las que se le atribuye una causa orgánica, fisiológica identificable) y aquellos casos identificados como ‘disforia de género’ o transexualidad (en que se plantea una falta de concordancia entre sexo genital y sexo

‘psicosocial’, a la que no puede atribuírsele ninguna falla orgánica específica que la provoque). De igual manera, en ambos casos los cuerpos sexuados resultan intervenidos y reacomodados a un supuesto y previo ideal de ‘normalidad’. Tanto la variabilidad genital como la variabilidad genética y la diversidad sexo/genérica se problematizan primero, para medicalizarse después.

Luis, nos relató en el office del quirófano el caso de un paciente en el que se ve reforzada esta idea:

YO CREO QUE ES ALGO MUY PROFUNDO, ALGO QUE ESTÁ ARRAIGADO EN EL PACIENTE Y QUE VA MUCHO MÁS ALLÁ DE UNA ELECCIÓN... P.ES MUJER EN SU FUERO INTERNO, NADA MÁS QUE NACIÓ EN EL CUERPO EQUIVOCADO (LUIS, URÓLOGO).

Hay un género ‘intrínseco’, una masculinidad o feminidad ‘ontológica’ que aparece permanentemente en los discursos médicos. Se afirma que el sexo/género de ese paciente “siempre fue uno”, el que se considera en el momento de la consulta y que “se cometió un error en la asignación al momento del nacimiento”, en este sentido se habla de ‘reasignar’. De este modo, todos los argumentos esencialistas que rodean el discurso biomédico referentes a las diferencias entre sexos o a la orientación sexual, parecen funcionar como una justificación de los “las equivocaciones” que pueden cometerse en el proceso de asignación de sexo en recién nacidos.

Hay una marcada preocupación por nombrar lo que posteriormente será corregido tecnológicamente, así como cierta obsesión por la apariencia de los genitales externos, evidenciada en los protocolos diagnósticos. En definitiva lo que se plantea, es que es imposible conseguir una identidad sexual ‘saludable’ (una supuesta masculinidad o femineidad ‘absoluta’) si no se poseen unos genitales externos ‘adecuados’ (que se ubiquen dentro de los parámetros médicos establecidos) y que a la vez respondan, al

estereotipo cultural existente entre morfología y aspecto externo¹³⁸. En base a esto, el significado sociocultural que se atribuye a un rasgo físico, tiene como base el presupuesto de complementariedad entre (dos) sexos, es decir, una sexualidad heterosexual y coito céntrica¹³⁹.

El dispositivo de la transexualidad promueve una reformulación de las categorías de sexo, género e identidad, al tiempo que los ‘hechos’ de la naturaleza resultan reinterpretados.

EL ‘ERROR’ DE LA NATURALEZA QUE LA BIOMEDICINA PUEDE ‘CORREGIR’

*¿Cómo podrían nuestros cuerpos naturales
ser imaginados de nuevo –y liberados-
para poder transformar las relaciones entre igual y diferente,
entre yo y otro, entre interior y exterior,
entre reconocimiento y extrañeza,
en mapas-guías para ‘otros inadecuados’?*

(Haraway, 1995)

La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero¹⁴⁰ (WPATH), retomó la obra de Harry Benjamin y la experiencia clínica acumulada hasta fines de los años ‘60, para redactar el primer protocolo general de asistencia a personas transexuales: los *Estándares de Cuidado para pacientes transexuales (Standards of Care for Transsexual Patients, 1969)*. A partir de ese momento se fueron publicando

¹³⁸ La inscripción del sujeto en un sexo u otro, parece reflejar un requisito cultural relevante; algunos médicos utilizan el término de ‘urgencia médica’ para referirse a ciertos sucesos que requerirían un accionar necesario y/ o inmediato de los profesionales de la salud en este sentido. Suzanne Kessler (1985) y Anne Fausto Sterling (2006) cuestionan esta representación de la ‘urgencia médica’, sobre todo para el caso de personas intersexuales.

¹³⁹ Incluye a las relaciones sexuales consideradas hegemónicamente ‘normales’, es decir entre hombre y mujer adultos centradas en la penetración vaginal y tendientes a la reproducción. En este tipo de interacciones el pene y su funcionamiento, tienen el mayor protagonismo.

¹⁴⁰ Esta organización profesional es el punto de referencia mundial sobre cuestiones de identidad de género. La WPATH se define como “dedicada a promover la atención basada en la evidencia, la educación, la investigación, los derechos, las políticas públicas y el respeto de la salud de transgénero y transexuales”. Reúne a más de 300 profesionales de diferentes asociaciones médicas a lo largo del mundo y ha logrado ser la interlocutora oficial entre gobiernos y otras instancias de autoridad. La APA (*American Psychiatric Association*) la consultó para la elaboración de la quinta y más reciente versión del *DSM*.

sucesivas versiones, la que se utiliza actualmente corresponde al año 2011. Entre los profesionales entrevistados, pese a algunas diferencias personales de estilo y abordaje, se retoman la mayor parte de las premisas planteadas en dicho material.

NO, NO SEGUIMOS UN PROTOCOLO EN FORMA ESTRICTA, PERO SÍ SEGUIMOS EL PROTOCOLO DE HARRYBENJAMIN... MODIFICÁNDOLO UN POCO A LAS POSIBILIDADES NUESTRAS... UN POCO A LA ARGENTINA (RISAS). (DARÍO URÓLOGO Y CIRUJANO)

Tanto en los SOC's (*Standard of Care*) de referencia internacional, como en otros protocolos similares que se aplican en diferentes países del mundo, existe una coincidencia en implementar una terapéutica para los 'casos' de disforia de género dividida en tres fases, también denominada terapia trídica. La experiencia de vida real (también llamado 'test' o 'prueba' de vida real), el tratamiento hormonal de reemplazo (THR) y como último paso, las cirugías de reasignación sexual (CRS). Si bien en el pasado el discurso clínico establecía que toda personatranssexual, para ser considerada como tal, tenía que mostrar su firme deseo de "pasar" por cada una de las tres fases -"siendo la voluntad de someterse a la cirugía de reasignación genital, la prueba definitiva de su transexualidad"-; actualmente, tanto los Estándares como los profesionales, reconocen que no todos las personas 'necesitan', ni desean atravesar todas las etapas.

TAMBIÉN ES UN CONCEPTO SUMAMENTE MÉDICO Y ESTRUCTURADO DECIR QUE "LO QUE CARACTERIZA AL TRANSEXUAL ES UN PROFUNDO RECHAZO POR SUS GENITALES EXTERNOS", ESO ES LO QUE ESTÁ EN LOS LIBROS. HOY NOS ENCONTRAMOS CON MUCHOS TRANSEXUALES QUE POR AHÍ NO ESTÁN CONFORMES CON SUS GENITALES PERO NO QUIEREN SOMETERSE A LA CIRUGÍA POR MIEDO...POR MIEDO A NO DISFRUTAR SU RELACIÓN SEXUAL, POR MIEDO A UNA CIRUGÍA...ENTONCES QUÉ DECIMOS, QUE ESOS PACIENTES NO SON TRANSEXUALES PORQUE NO QUIEREN PASAR POR ALGO AGRESIVO COMO LA CIRUGÍA? NO, TAMBIÉN SON TRANSEXUALES PORQUE SIENTEN QUE SON MUJERES(DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Paradójicamente, esta tri-terapia plantea como finalidad un abordaje integral del 'cambio de sexo', en el que se busca garantizar desde el plano psicológico una plena

‘adaptación’ social al nuevo rol de género, desde el plano bioquímico un carga hormonal ‘acorde’, que a la vez tiende a favorecer la aparición de ciertos caracteres secundarios y la desaparición de otros ‘no deseados’. Finalmente desde el plano corporal una transformación genital, que además suele incluir otras intervenciones quirúrgicas en mamas, cuerdas vocales, rostro, etc.

Sostenemos que el abordaje terapéutico planteado a partir de tres instancias o pasos, hace lugar a tres especialidades y campos de saber que trabajan en forma diferenciada y tres espacios de atención, que muchas veces en la práctica, funcionan desconectados entre sí. A la vez, las personas trans que recurren al hospital en busca de atención, se representan fragmentadas en componentes que se ‘abordan’ como espacios y servicios escindidos entre sí: la psiquis (salud mental y/o sexología); el dosage hormonal (endocrinología); y el cuerpo (urología y cirugía reconstructiva). Estas operaciones de fragmentación, niegan las pretensiones de ofrecer un abordaje ‘holístico’.

La primera etapa de la tri-terapia a cargo de psiquiatras y/o sexólogos, es: “El acto de adoptar completamente un nuevo papel de género, o uno en desarrollo, durante la vida cotidiana, se llama *experiencia de vida real*”.

SÍ, LA EXPERIENCIA DE VIDA REAL ES IMPORTANTE Y...GENERALMENTE LO QUE LES ACONSEJAMOS A LOS PACIENTES ES QUE SE MUDEN DE SU CIUDAD O DE SU BARRIO NATAL, QUE VIVAN EN OTRO LADO... AHÍ SE VE... EL PACIENTE TIENE QUE VIVIR UN TIEMPO EN EL ROL QUE SE LE VA A ASIGNAR...BUENO, TODAS ESAS COSAS, COMO ACÁ SE ESTÁN HACIENDO A LOS PONCHAZOS VAMOS VIENDO COMO ESTIPULARLAS, ESTRUCTURARLAS Y VAMOS VIENDO CUÁLES SON LOS PACIENTES QUE PODEMOS INCLUIR DENTRO DE UN PROTOCOLO DE REASIGNACIÓN Y CUÁLES NO(GASTÓN, URÓLOGO Y CIRUJANO)

“El diagnóstico, aunque siempre puede ser reconsiderado, precede a la recomendación de que los pacientes emprendan la *experiencia de la vida real*”¹⁴¹. Se trata

¹⁴¹Standards of Care for Transsexual Patients, VI versión (2011).

de que la persona, paulatinamente y mediante el acompañamiento del terapeuta, pueda comenzar a ‘mostrarse’ socialmente de acuerdo al ‘sexo/género sentido’. Esto implica cambiar por completo su estética y en algunos casos trae aparejado un traslado a otro lugar donde no se la conozca, un cambio en la actividad laboral o en el lugar de estudio. Se propone que la persona desarrolle una vida ‘normal’ y “adquiera conductas y prácticas propias del sexo deseado”, planificando su ‘proyecto de vida’ en pos de los cambios corporales y de la ‘nueva’ identidad legal.

SIEMPRE ME ACUERDO DE LO QUE ME DIJO UNA PACIENTE CUANDO LE COMENTÉ LA IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA DE VIDA REAL: -¿VOS SOS MÉDICA O ASESORA DE IMAGEN?- (RISAS). (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

VOS SABES QUE POR LOS PROTOCOLOS LA FAMOSA EXPERIENCIA DE VIDA REALES FUNDAMENTAL, HOY YA MUCHAS VECES NI SE USA PORQUE... ES RARO QUE VENGA ALGUIEN SIN NINGÚN CAMBIO POR FUERA Y YA LLAMÁNDOSE DE OTRA FORMA. SI LO QUE BUSCÁS ES REAFIRMARTE DESDE AFUERA, TODO BIEN, PERO LO MÁS IMPORTANTE ES LO DE ADENTRO. EL PARECER A VECES ES FÁCIL, NO SOLAMENTE PORQUE UNO YA SE SIENTE, LO MÁS PROFUNDO ES REAFIRMARSE Y EL REAFIRMARSE FRENTE AL OTRO. PERO A VECES ESO TAMBIÉN ES COMO UNA SEGUNDA ADOLESCENCIA Y ES UN PROCESO QUE TIENEN QUE PASARLO (LAURA, GINECÓLOGA Y SEXÓLOGA)

Terapia Hormonal de Reemplazo

La terapia hormonal encuentra su argumento en un modelo químico del sexo y del cuerpo. A principios del siglo XX la ‘esencia’ de la feminidad y la masculinidad fue localizada en una sustancia química: las hormonas sexuales. Oudshoorn (1994) narra la historia de la introducción de las hormonas en los discursos científicos y visibiliza el poder de transformación que opera la ciencia y la tecnología en la comprensión de nuestra cotidianeidad. Planteamos que interpretar el cuerpo en términos de hormonas sexuales, contribuye a una redefinición del mismo en términos de experiencias corporales, a la vez que habilita a ejercer un ‘control’ sobre ciertos caracteres físicos. “Muchas de las diferencias en el comportamiento, funciones, papeles y características consideradas como

típicamente masculinas o femeninas han sido atribuidas a las hormonas” (Oudshoorn, 1994, p. 88)

Eva es endocrinóloga y trabaja en el área de Ginecología de uno de los hospitales donde realicé trabajo de campo. Es muy simpática y expresiva, en varios tramos de las dos charlas que tuvimos se explaya con chistes y anécdotas graciosas; a la vez que se puso seria ante cuestiones que le preocupaban “como médica y como mamá”, respecto de la adolescencia, los vínculos familiares, la sociedad actual. Su discurso está cargado de juicios de valor y principios moralizantes. (registro de campo, marzo de 2015)

227

OBVIAMENTE QUE DESPUÉS DE LA SEXUACIÓN VAN TRANSCURRIENDO TODA UNA SERIE DE EVENTOS EN LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR PRIMERO, SOCIAL DESPUÉS, CUANDO EMPIEZAN A IR A LA ESCUELA, SE ESCOLARIZAN Y DESPUÉS ENTRAN EN LOS GRUPOS SOCIALES, EN LA ADOLESCENCIA FUNDAMENTALMENTE. CREO QUE AHÍ ES CUANDO SE PRODUCEN LOS GRANDES CAMBIOS, Y TODOS... COMO MÉDICA Y COMO MAMÁ TE LO DIGO, DENTRO DE ESTA SOCIEDAD TODOS FORMAMOS PARTE DE LA CONFORMACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS OTROS, DE TODOS DE CADA UNO. NOSOTROS SOMOS ARTÍFICES EN LA FORMACIÓN DE NUESTROS HIJOS Y NUESTROS ALLEGADOS, ES UN TODO... NO ES SÓLO LA PARTE SEXUAL (...) UNA DE LAS PAUTAS POR LA CUAL LA SOCIEDAD ESTA TAN DESTRUIDA Y LOS PIBES ESTÁN TAN PERDIDOS ES PORQUE NO TIENEN PATRONES NO TIENEN A QUIEN OBEDECER, LA MADRE ES LA MADRE Y EL PADRE ES EL PADRE Y ESOS DOS ES EL INICIO DE LA VIDA PARA MI (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Ella está a cargo de los tratamientos hormonales de reemplazo, de recetar la medicación y llevar a cabo los controles. En su consultorio todo es rosa, como su ambo. Las paredes con afiches les hablan a “ellas” y la sala de espera que atraviesa el largo pasillo está plagada de embarazadas. Las personas trans que concurren a la consulta siempre lo hacen al final del día, en los últimos turnos “para evitarles la incomodidad”. (registro de campo, marzo de 2015)

SIEMPRE LES DAMOS LOS ÚLTIMOS TURNOS PARA EVITAR CONFLICTOS, NUNCA FALTA UNA DESUBICADA QUE HACE COMENTARIOS Y SIEMPRE ESTOS PACIENTES SON EL CENTRO DE LAS MIRADAS (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

CONMIGO FUNDAMENTALMENTE HACEN LA PARTE HORMONAL Y ES TODO YA, AYER SE LAS TENDRÍA QUE HABER DADO. Y UNO SE SIENTA Y HAY QUE EXPLICAR... QUE NO ES TAN DE LA NOCHE A LA MAÑANA... PRIMERO LOS EFECTOS SON LEVES, NO TODOS LOS ORGANISMOS REACCIONAN DE LA MISMA MANERA, NI CON LOS MISMOS TIEMPOS... (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

En las narrativas médicas se hace referencia a un cuerpo que ‘decide’ como ‘acepta’ las hormonas, el mismo dosaje de un fármaco en una persona provoca efectos completamente diferentes en otra. El ‘proyecto corporal’ de las personas transexuales es comúnmente referido como eterno y siempre inacabado. El relato de los profesionales nos remite a un paralelo con el cuerpo dócil foucaultiano, que requiere de la propia sujeción corporal a la disciplina y al control, conducido hasta en los más mínimos detalles.

EL TRATAMIENTO HORMONAL EMPIEZA A FUNCIONAR LES VA CAMBIANDO LA VIDA...EL ASPECTO EMPIEZA A MEJORAR MUCHÍSIMO, EMPIEZAN A HACERSE MÁS FEMENINOS O MÁS MASCULINOS DEPENDIENDO EL CASO, LOS RASGOS EMPIEZAN A MARCARSE, ESTOS RASGOS SECUNDARIOS SEXUALES SE EMPIEZAN A MARCAR PARA LO QUE ELLOS QUIEREN (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

AL CUERPO HAY QUE MOLDEARLO, IMPEDIR QUE SE DESARROLLE (...) LA CONSTANCIA EN LA TOMA DE MEDICACIÓN Y LOS CONTROLES SON RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES, LA TERAPIA HORMONAL ES UN PRIMER PASO QUE ALIVIANA Y APUNTALA EL TRABAJO DE LA POSTERIOR CIRUGÍA (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

De este modo, las hormonas se constituyen en un modo de vigilancia eficaz y se tornan en el mejor reaseguro para una identidad sexual ‘única’ y ‘verdadera’. “Ellas son las verdaderas responsables de la transformación física”, afirman los endocrinólogos así, los efectos de la terapia hormonal sobre los caracteres secundarios se proponen eliminar cualquier signo de ambigüedad.

ES UN PROCESO DONDE HAY QUE LLEVAR EL MENSAJE DESDE EL NÚCLEO DE LA CÉLULA, EL MENSAJE SALE DEL NÚCLEO Y VUELVE Y TODO ESO REQUIERE TRES MESES MÍNIMO, PARA EMPEZAR A VER ALGÚN RESULTADO (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

Considero que es de destacar la idea repetitiva de ‘comunicación química’ que se presenta en los discursos respecto de las hormonas; lo que nos remite a pensar en un sistema de ‘circulación de mensajes’ que se presenta como dinámico y cambiante. En este sentido, el discurso de mi informante, coincide plenamente con el planteo de Oudshoorn: “La endocrinología introdujo el concepto de hormonas femeninas y masculinas como mensajeras de la feminidad y masculinidad” (1994, p. 130) y con lo expuesto por Preciado en su trabajo *Testo Yonqui* (2008).

Ante la falta de trabajos publicados y protocolos que se hayan desarrollado en nuestro país, acerca del tratamiento de reemplazo hormonal ‘cruzado’, los profesionales recurren a las experiencias de otros países. A las personas trans femeninas se les provee una terapia estrogénica y antiandrogénica, en algunos casos también se les administra progesterona. Las hormonas más utilizadas en la THR también llamada THS (Terapia Hormonal Sustitutiva) son: etil estradiol, estrógenos conjugados, estriol y 17-estradiol, que tienen presentaciones comerciales en comprimidos, parches o inyectables.

Los estrógenos facilitan la aparición paulatina de ciertos caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento de los pechos, la acumulación de grasa en la cadera, la disminución del bello corporal y la obtención de un cutis más fino.

Las personas trans masculinas, hacen una terapia androgénica a base de testosterona que puede suministrarse mediante inyecciones intramusculares, gel o parches. Los cambios que pueden obtenerse con la testosterona son aún mayores: el clítoris puede alargarse (permitiendo en algunos casos la penetración), el bello corporal aparece por todo el cuerpo, la voz se hace más grave, se gana masa muscular y la grasa corporal se reestructura, abandonando las caderas para acumularse en la zona abdominal. El tipo de hormona, los dosajes y duración del tratamiento varían en función del criterio del médico y de la salud general de la persona.

CADA PACIENTE ES UN MUNDO, NO TODOS REACCIONAN IGUAL. PRIMERO PROBAMOS CON DOSAJES SUAVES Y SI VEMOS QUE RESPONDEN BIEN, CARGAMOS LA MANO CON LA DOSIS (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

LA IDEA ES QUE MANTENGAN LOS NIVELES HORMONALES DEL SEXO BIOLÓGICO CON EL CUAL ELLOS SE IDENTIFIQUEN, QUE NO PASEN DE ESOS VALORES. Y LO QUE ME DA A MÍ EL GEL-ANDROLONE- AL PRINCIPIO ES LA TOLERANCIA, PORQUE EN REALIDAD UNA VEZ QUE INCORPORAN UNA INYECCIÓN POR TRES MESES, AL PRINCIPIO... Y QUE TIENE QUE VER CON TODO, CON LA TOLERANCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO TAMBIÉN, O SEA, PORQUE ES UNA MODIFICACIÓN QUE VAN A TENER Y A VECES HAY MUCHA, DEMASIADA EXPECTATIVA, A VECES HAY MIEDO (PAULA, GINECÒLOGA Y ENDOCRINÓLOGA).

En el caso de los tratamientos hormonales, no existen prácticamente protocolos, ni estudios randomizados y hay muy pocas pruebas clínicas de hormonización cruzada, tampoco se comercializan fármacos específicos. En este sentido, los profesionales trabajan administrando medicación que se ha desarrollado inicialmente para otros fines y van “probando” los dosajes y “controlando” los efectos deseados e indeseados a medida que atienden a las personas.

NO HAY ESTUDIOS RANDOMIZADOS, DOBLE CIEGO, GRUPO CONTROL, O SEA, TRABAJOS SERIOS, PORQUE SON TODOS CASOS CON N MUY BAJOS. TODAVÍA EL GRUESO DE LA POBLACIÓN TRANS NO PASÓ POR LA ATENCIÓN MÉDICA CLÁSICA. ENTONCES, TODO LO QUE YO DIGO ESTÁ VICIADO DE PARCIALIDADES. NO HAY ESTUDIOS EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, O SEA, ES ANECDÓTICO, ES CINCO CASOS, SEIS CASOS, O SEA, ¿CÓMO EXTRAPOLAR ESO? (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

EN UN MOMENTO SE INTENTÓ... ¿CON QUÉ HORMONA ERA?... YO NO SÉ SI ERA CON LA HORMONA MASCULINA, CON LA NEBIDO O CON ANDROLONA, NO LO SÉ, DE QUE EN LA INDICACIÓN... O SEA, TODO LO QUE NOSOTROS USAMOS ES OFF LABEL, O SEA, FUERA DE... DE LAS INDICACIONES, O SEA, CUANDO EL ANMAT, LA FDA... ACÁ EL ANMAT APRUEBA EN GENERAL TODO LO QUE LA FDA APRUEBA, SI LA FDA NO APRUEBA ES RARO QUE EL ANMAT APRUEBE ALGO. ENTONCES, DENTRO DE LAS INDICACIONES EN NINGÚN LADO FIGURA “TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO DEL PACIENTE TRANS” (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

En la pionera Guía de atención de la salud a personas travestis y transexuales, el Dr. Ricardo Durantiexpresa que:

El objetivo del tratamiento hormonal en las personas transgénero otravestis (...) es suprimir o minimizar los caracteres sexuales secundarios originales e inducir los del sexo buscado (...) A diferencia de lo que sucede con las transexuales, es infrecuente encontrar travestis vírgenes de tratamiento hormonal, lo cual no nos exige tomar todos los recaudos necesarios para que la continuación del tratamiento se realice en la forma más segura. El deseo y la ansiedad por adaptar el cuerpo a la imagen esperada hace que las personas transgénero tiendan a “hormonarse” cuanto antes maximizando las dosis y siguiendo diversas pautas que, generalmente, son transmitidas de boca en boca, sin control médico. Las personas que solicitan terapia hormonal probablemente gocen de una buena salud y manifiesten un gran apuro por generar cambios corporales, minimizando la necesidad de entrevistas y/o estudios previos, lo cual no las exige de un exhaustivo examen general (2007 p. 2-3).

"No consulte a su médico"

Ni los cuerpos, ni las tecnologías están inequívocamente determinados por la naturaleza y las tecnologías médicas, no tienen que ser necesariamente como son.

(Oudshroom, 1994)

El acceso, sobre todo a los estrógenos, sin receta médica es relativamente sencillo, puesto que las personas transexuales pueden utilizar los mismos fármacos estrogénicos que utilizan algunas mujeres para la menopausia o con fines anticonceptivos. Además, se puede constatar fácilmente la existencia, incluso en palabras de los propios médicos, de circuitos informales de información, compra-venta y administración de hormonas (sobre todo de tratamientos inyectables). Son generalmente las personas transexuales más experimentadas (que durante su juventud iniciaron el ‘proceso transexualizador’ sin

contar con asesoramiento médico) y aquellas que no quieren someterse a una cirugía genital (y que, por lo general, no acuden al hospital) las que tienden a hormonarse sin supervisión médica.

YO LE ESCRIBÍA EN UN PAPEL... ¿CÓMO SE LLAMA? NO MEDIDO, OTRO...TESTOVIRÓN...TESTOVIRÓN DE POTT 250 MG. -VOS ANDÁ A UNA FARMACIA Y DECILE QUE TENÉS QUE CONSEGUIR ESTO...TE LO VAN A DAR- PERO NO LE PODÍA DAR UNA RECETA FIRMADA Y CON SELLO, NOO..." (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

PERO MÁS ALLÁ DE TODO ESO EXPLICARLES QUE LAS HORMONAS O LA MEDICACIÓN QUE DAMOS PARA LAS HORMONAS NO SON CAMELOS, PORQUE SI NO LAS VENDERÍA EL KIOSQUERO. QUE YO KIOSQUERA NO SOY Y QUE NECESITAMOS CONTROLES DE SALUD PARA SABER SI PODEMOS DAR O NO DETERMINADA MEDICACIÓN, COMO TODAS LAS MEDICACIONES QUE SON FUERTES, DIGAMOS ASÍ... PARA QUE ELLOS LO ENTIENDAN" (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

El uso autoadministrado y/o recreativo de drogas/hormonas se diferencia del uso "legítimo" de la testosterona o de los estrógenos, como por ejemplo el que está basado en un protocolo de hormonización y de una persona admitida para un progresivo proceso de "readecuación". Estos cuerpos, con su autonomía y poca docilidad, constituyen una amenaza a la autoridad médica, eluden controles y singularizan la experiencia con estas tecnologías, resistiendo el epíteto de 'pacientes'.

PORQUE POR LEY PUEDEN RECIBIR LOS ANTICONCEPTIVOS, NO QUIERE DECIR QUE YO SEA SOLAMENTE UNA DADORA DE ANTICONCEPTIVOS, O SEA, SOLAMENTE UNA DADORA DE HORMONAS; O SEA, HAY UNA PERSONA Y LA HORMONA TE PRODUCE MODIFICACIONES, EL ANTICONCEPTIVO TAMBIÉN. UN POCO TAMBIÉN HAY QUE HACERLES ENTENDER ESTO A VECES, O SEA, QUE NO ES ALGO ESPECÍFICO CONTRA ELLOS, O SEA, ES UNA MIRADA MÉDICA SOLAMENTE. ENTONCES, HAY ALGUNOS QUE SÍ, QUE NO HAN QUERIDO CONTROLARSE Y TODO ESO... (LAURA, GINECÓLOGA Y SEXÓLOGA)

La web, como espacio público y abierto, ha permitido la vinculación de personas trans de todo el mundo, favoreciendo la circulación de información y el intercambio de experiencias, por fuera de los canales “legitimados” de producción de conocimiento.

HAY UN ALTO PORCENTAJE QUE LAS HORMONAS LAS CONSIGUE EN LA WEB O POR OTRO LADO O POR AMIGOS, QUE LOS TRATAMIENTOS LOS REALIZA AFUERA, ENTONCES, LA VERDAD ES QUE NO PODEMOS HABLAR, NI CONTROL LO QUE PASA AHÍ... (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

ES COMO QUERER ARREGLAR EL BAÑO DE TU CASA, IR A LA FERRETERÍA Y PEDIR LAS COSAS Y ARREGLARLO Y QUEDA MAL EL BAÑO; TE PIERDE AGUA POR TODOS LADOS Y DESPUÉS TERMINÁS LLAMANDO AL PLOMERO...ACÁ MÁS O MENOS PASA LO MISMO. AGARRAN Y COMPRAN LAS PASTILLITAS Y DESPUÉS VIENEN ACÁ: “AY DOCTOR ME SIENTO MAL, ME BROTA LA...ENTONCES NO...” (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

El sitio web “disforia de género” es una página gestionada por personas transgénero que reúne artículos e información acerca de la experiencia trans y el proceso de hormonización y las cirugías de reasignación de sexo, así como un chat y foros de consulta e intercambio. En una de las secciones, un aviso de tamaño considerable en letras rojas informa:

La auto administración de hormonas es algo potencialmente peligroso que te puede dejar inválida o causar la muerte. Por favor lee este documento a fondo para conocer los riesgos¹⁴²

A partir de la efectiva implementación de la Ley de Identidad de Género, muchas personas trans recurren al hospital sólo para las recetas y/o para obtener la medicación hormonal. Los tratamientos hormonales que se aplican en los consultorios a personas transexuales se denominan de ‘reemplazo’, reflejando en el plano químico, al igual que en

¹⁴²<http://www.disforiadegenero.org/modules.php?name=News&file=article&sid=340>.

[Acceso en septiembre de 2015]

el quirúrgico, un (re)cambio de hormonas ‘masculinas’ por hormonas ‘femeninas’, o viceversa; un proceso químico de ‘normalización’ de la masculinidad y la feminidad¹⁴³.

Las hormonas no son otra cosa que drogas. Drogas políticas. Como todas las drogas. En este caso, la sustancia no sólo modifica el filtro a través del que descodificamos y recodificamos la realidad, sino que modifica radicalmente el cuerpo y, por lo tanto, el modo en el que somos descodificados por los otros. (Preciado, 2008, p. 283)

Sin negar la posibilidad de cambios de humor y del estado emocional producidos, en parte, por el tratamiento hormonal; observamos que en las narraciones de los profesionales, la percepción de ciertos cambios ‘del carácter’ obtenidos con las hormonas está parcialmente condicionada por una visión estereotipada de la masculinidad y la feminidad, que es preexistente al tratamiento. Hay una especie de determinismo hormonal de la personalidad, si bien las hormonas producen una situación fisiológica, siempre subyace una interpretación consciente o inconscientemente y una serie de creencias acerca de esos resultados.

ES INCREÍBLE LOS CAMBIOS QUE SE DAN EN ALGUNAS PERSONAS, VOS LA CONOCES A ERICA... YO SIEMPRE LA PONGO DE EJEMPLO PORQUE CUANDO VINO A VERME LAS PRIMERAS VECES ERA MUY REO, AGRESIVO, SIN MODALES. Y VOS LA VEZ AHORA A ELLA Y ES TODA DELICADA, FINA... Y PARECE OTRA PERSONA. (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Si observamos todo ello bajo un prisma foucaultiano, podríamos afirmar que si en la sociedad disciplinaria la arquitectura y la ortopedia servían como modelos para entender la relación cuerpo-poder, en la sociedad actual:

¹⁴³Los dos tipos de hormonas son segregados por ambos sexos, lo que varía es la proporción de estrógenos y andrógenos en ambos. Los estrógenos y los andrógenos no son producidos exclusivamente por los ovarios y los testículos, sino también por el córtex suprarrenal. Además, los dos tipos de hormonas están relacionadas químicamente de manera muy estrecha y pueden transformarse el uno en el otro mediante enzimas existentes en el cuerpo (Lewontinet.al., 1987, p.184)

El modelo de acción sobre el cuerpo es la microprotética: el poder actúa a través de una molécula que viene a formar parte de nuestro sistema inmunitario, de la silicona que toma la forma de senos, de un neurotransmisor que modifica nuestra forma de percibir y actuar, de una hormona y su acción sistémica sobre el hambre, el sueño, la excitación sexual, la agresividad o la decodificación social de nuestra feminidad y masculinidad (Preciado, 2008, p. 67).

RECREANDO NUEVOS SEXOS

Un gran número de procedimientos quirúrgicos están disponibles para ayudarlo a alcanzar la apariencia física que desea. Nuestros cirujanos escucharán sus necesidades y responderán todas sus inquietudes.

Página web del Grupo Gender Reassignment Surgery, Montreal¹⁴⁴

Las entradas al quirófano (siempre son más de una) son las instancias finales que “garantizarán el proceso de transición, mediante un cambio más definitivo a nivel genital”. La operación permite materializar la ‘correcta’ y socialmente aceptada imagen del cuerpo, mediante la (re)construcción de los genitales asociados al género deseado.

En el mes de septiembre de 2014 participé, con varios de ‘mis nativos’, de las 1ª Jornadas de Reasignación de Sexo, organizadas en Rosario. La experiencia resultó sumamente movilizante para mí, ya que pude presenciar en vivo y pantalla gigante la transmisión de dos cirugías a cargo de un médico especialista de Chile. Las cirugías a dos personas trans femeninas se realizaron en el hospital Centenario de Santa Fe. En este momento estaba embarazada de cinco meses y fue particularmente impactante lo que vi; aunque no me considero fácilmente impresionable, recuerdo que por momentos se me hizo difícil sostener la mirada en la pantalla. Mientras yo desviaba la vista o entrecerraba los ojos, los médicos que estaban allí los abrían y observaban cada técnica, cada movimiento muy

¹⁴⁴ Ver: Gender Reassignment Surgery, Montreal. <https://www.grsmontreal.com/> [Consultada el 10/04/2017]

atentamente. La primera cirugía duró cerca de cuatro horas, la segunda fue un poco más corta.

El bisturí penetra y rasga la carne de un cuerpo 'dócil', ya domesticado por las hormonas y ahora por los efectos de la anestesia, se desmiembran los órganos genitales y se extraen los tejidos. La sangre fluye ante los cortes sutiles, las angostas cánulas toman ubicación estratégica, las numerosas movilizaciones de epidermis pueden provocar lesiones en las membranas. Los órganos mutan, los tejidos se modelan y cobran nuevas formas, del antebrazo o el abdomen al pene, del glande al clítoris, de los testículos a los labios mayores, mientras otro conjunto de tejidos pasa a ser directamente desechado. Todo casi como un juego, un rompecabezas ensangrentado en el que todo está calculado y el resultado no podrá ofrecer muchas sorpresas. (registro de campo, septiembre de 2014)

Las cirugías de reasignación revisten marcadas diferencias para construir genitales femeninos o masculinos. En el primer caso, se realiza una orquidectomía en la que se extraen los testículos y el pene es parcialmente invertido para formar la neovagina. Se preserva el glande, por ser una zona de mucha sensibilidad, que será reformado y convertido en clítoris. Con las coberturas cutáneas del pene y el escroto que se preservaron, se forma un canal entre la vejiga y el recto; por último se reconstruyen los labios mayores y menores y las estructuras clitorideas. La nueva cavidad debe permanecer dilatada, evitando el movimiento 'natural' de los tejidos que tienden a cerrarse, para ello en algunos casos se recurre al uso de Tallos de Hegar¹⁴⁵.

HAY MIL COMPLICACIONES, AL SER UNA CIRUGÍA TAN COMPLEJA INVOLUCRAR TANTOS TEJIDOS... A MEDIDA QUE UNO SACA TESTÍCULO, SACA PENE, REDUCE CLÍTORIS, FORMA CAVIDADES, MOVILIZA PIEL Y UN MONTÓN DE COSAS, LAS CHANCES DE COMPLICACIONES SON MUCHAS...COMPLICACIONES QUE VAN DESDE TONTERAS, QUE PUEDE SER UN HEMATOMA, HASTA COMPLICACIONES GRAVES, COMO QUE SE CIERRE LA NEOVAGINA O COMPLICACIONES GRAVES COMO QUE SE LESIONE EL RECTO CUANDO UNO ESTÁ FORMANDO EL CANAL VAGINAL (LUIS, CIRUJANO)

¹⁴⁵Consisten en un juego de catorce dilatadores metálicos con forma cilíndrica y punta redondeada de diferentes medidas, que van desde 1 a 25 mm, que imitan la forma de un pene.

En el caso de un reasignación F-M, se plantea construir genitales de apariencia masculina, que posean función urinaria ‘normal’¹⁴⁶ y una estimulación erógena ‘satisfactoria’; a la vez se considera la inclusión de una prótesis peneana para facilitar las erecciones. En este proceso, las intervenciones son mucho más complicadas y se realizan en tres tiempos quirúrgicos. En primer lugar se realiza la mastectomía bilateral, para evitar la contaminación de las heridas torácicas con gérmenes del perineo, la técnica más habitual es la subcutánea. Seguidamente se realizan una anexectomía bilateral y una histerectomía, en la primera se extirpan trompas de Falopio, ovarios y ligamentos uterinos, en la segunda el útero. Durante este mismo tiempo quirúrgico, se realiza la construcción del neoscroto y el alargamiento de la uretra. Los labios mayores se movilizan y se unen para formar la bolsa escrotal en la que se colocan dos implantes testiculares de silicona. El clítoris se moviliza y los labios menores se utilizan para formar la base ventral del neofalo y la base de la uretra. El siguiente paso es la faloplastia, que generalmente se practica con colgajos a distancia, es decir que se traslada tejido del antebrazo, de la zona dorsal o el abdomen para formar dos tubos con forma de falo. Uno de ellos se sutura y se ubica en el interior del otro para alojar la neouretra. Con otro segmento se crea el neoglande, que se conecta a la neouretra y se une a la cubierta cutánea mediante un puente que simula el pliegue del prepucio.

Finalmente, se coloca la prótesis de pene que de acuerdo al caso puede ser semi-rígida o inflable (las más utilizadas), la intención es siempre tender a la creación de un órgano eréctil y funcional.

En este caso, al tratarse de una serie de intervenciones que superan cada una las cinco horas de duración, las posibilidades de complicaciones intraquirúrgica son mayores, del mismo modo que aumentas las posibilidades de inconvenientes postquirúrgicos debido a la complejidad de las técnicas y el funcionamiento de las prótesis. En síntesis, las posibilidades de éxito en lo que respecta a lo funcional, son menores. Debido a ello, y al

¹⁴⁶En el lenguaje médico la función urinaria masculina ‘normal’ es inherentemente la micción en posición vertical.

costo más elevado de las intervenciones por la utilización de prótesis de origen importado, unos pocos equipos en el país realizan este tipo de intervenciones.

EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO SE HACE LA HISTERECTOMÍA SE SACA EL ÚTERO, LAS TROMPAS Y LOS OVARIOS Y SE FORMA UN TUBO, UN PENE...SÍ?ESE PENE SE PUEDE HACER O CON ANTEBRAZO, O CON LA PARTE DORSAL DE LA ESPALDA, O CON LA PARTE ANTERIOR DEL ABDOMEN. CON ESO UNO HACE UN TUBO POR DONDE EL PACIENTE ORINA Y TIENE ESTÉTICAMENTE LA FORMA DE FALO. Y EN UN SEGUNDO TIEMPO, PARA BRINDARLE ERECCIÓN SE LE IMPLANTA UNA PRÓTESIS PENEANA (ERIC, CIRUJANO)

SIEMPRE TE HABLO DE MASCULINO A FEMENINO. TENEMOS DOS O TRES AUTORIZADAS YA PARA HACER DE FEMENINO A MASCULINO...PERO QUERÍAMOS PRIMERO AFIANZARNOS EN LA TÉCNICA MÁS SIMPLE A MI CRITERIO, QUE ES LA DE HOMBRE A MUJER. (ERIC, CIRUJANO)

A los procedimientos quirúrgicos mencionados, para cada caso F-M o M-F, se suma la operación del tórax. En el primer caso se habla de “masculinización del tórax femenino” y “se trata de la intervención corporal que todo hombre anhela”, según reza la página web del Grupo La Plata especializado en reasignación genital¹⁴⁷. En la adenomastectomía, se extirpan parte de las glándulas mamarias mediante una mastectomía bilateral, se reposiciona la areola y el pezón, y se construyen estéticamente ciertos surcos pectorales.

En la ‘feminización del tórax masculino’ por el contrario, se trata de aumentar el aspecto de los senos a través de implantes de silicona que presentan distintas características.

Las mencionadas intervenciones se pueden realizar en el hospital y se complementan generalmente, con otras que se realizan en forma privada: retoques faciales (pómulos, frente, nariz, mandíbula), cirugía de laringe para eliminar la ‘nuez de Adán’ (que no puede ser la de Eva), liposucciones localizadas, abdominoplastía, etc. En muchos casos también se recurre a técnicas de foniatría para lograr una voz ‘femenina’ y en caso de fracaso

¹⁴⁷Ver:<http://www.reasignaciongenital.com.ar/>

puede practicarse una cirugía crico-tiroidea, en la que se estrechan las cuerdas vocales provocando una agudización en el tono de voz. De este modo, la voz también puede constituirse en un signo de diferenciación sexual, íntimamente relacionado a la 'presentación' de la persona. Por ejemplo, la frecuencia fundamental mínima del sexo femenino se considera de 160 Hz¹⁴⁸. En el caso de la transexualidad los desarrollos (bio)tecnológicos, imprimen una corporalidad signada por una serie de ideas previas respecto de lo 'apropiado', lo 'adecuado' y lo 'saludable' (aunque no siempre lo funcional), en el terreno de la sexualidad.

Me interesa analizar este despliegue de todo un conjunto de técnicas y rutinas puestas al servicio de un proceso de modelación del cuerpo, en pos de transformarlo en 'su opuesto'. ¿Cuáles son los sitios corporales de significación de lo que es designado como femenino o masculino que se privilegian a la hora de intervenir los cuerpos? Cada una de esas intervenciones se orienta, según podemos interpretar a partir de los relatos, a borrar aquellas marcas corporales visibles en las personas transexuales que pudieran conducir al sexo biológico del cual 'provienen' y, por ende al género asociado a éste, del cual quieren 'separarse'.

Construyendo hombre y mujeres 'funcionales'

La ecuación sexo-género-deseo-prácticas sexuales vuelve a dotarse de sentido con el planteamiento coitocéntrico, pues como afirman Romero, García Dauder y Ortega (2007), desde la biomedicina se considera que una identidad de género 'saludable' es aquella que se corresponde con una anatomía externa, independientemente de que haya sido conseguida mediante cirugía y hormonas; con una sexualidad heterosexual, que en el caso de varones implica poder penetrar y en las mujeres desear ser penetradas. Cuando la

¹⁴⁸La frecuencia de la voz masculina se ubica entre los 50 y 200 hercios y la femenina entre los 160 y los 350 hercios.

fórmula no reproduce esta esperada coherencia, aparece en boca de los médicos la afirmación de que ‘ha habido un error’.

Cualquier combinación posible responde a un modelo sexual normativo que presupone una ‘coherencia con el hecho sexual’, es decir, la necesidad/obligatoriedad de poseer un sólo sexo biológico (monismo) que sea coherente con una identidad de género, con un rol de género, y que a su vez genere un deseo heterosexual.

LA NUEVA CAVIDAD EN PRINCIPIO VA A PROVEER ALOJAMIENTO AL TALLO DE HEGAR QUE LA VA A MANTENER DILATADA Y LUBRICADA. DESPUÉS, EL PENE VA A RELEVAR SU LUGAR PARA TERMINAR CON EL PROCESO DE DILATACIÓN (GASTÓN, URÓLOGO Y CIRUJANO).

Como ya mencionamos las instancias médicas de ‘transformación’, tanto químicas como quirúrgicas, han tendido generalmente a reproducir el orden dimórfico y los ideales pre-establecidos de lo que es ‘ser hombre’ o ‘ser mujer’.

UNA CIRUGÍA BIEN HECHA Y UN TRATAMIENTO ENDOCRINOLÓGICO A CONCIENCIA DA COMO RESULTADO ESTUPENDAS MUJERES (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

NO, NO, NO, ME DECÍA, ESTA CHICA O UN CHICO, YA NO ME ACUERDO... NO, ERA UNA CHICA QUE SE QUERÍA PONER LAS PRÓTESIS, INCLUSIVE TENÍA... YA LA HABÍAMOS AGARRADO HORMONIZADA, TODO, VENÍA PARA OPERARSE, ENTONCES, —“¿TE QUERÉS PONER?”- ENTONCES, LA ACOMPAÑAMOS, FUIMOS A PLÁSTICA ENTONCES, UN CIRUJANO AL FONDO SE SIENTA Y DICE “-NO, NO, PORQUE YO SÉ CÓMO ES ESTO, PORQUE VIENEN TODOS Y SE OPERAN DE ARRIBA Y DESPUÉS SE VAN Y DE ABAJO NO SE OPERAN. DECILE PRIMERO QUE SE OPEREN DE ABAJO”-. YO NO LO PODÍA CREER... (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

¡SÍ! COMO SI LA ÚNICA OPCIÓN DE TRÁNSITO FUERA BARBY O KEN, ADEMÁS ESTO ME PARECE MUY TRISTE Y ME PARECE MUY IMPORTANTE PODERLE PERMITIR A LAS PERSONAS TRÁNSITOS DIVERSOS. Y TRÁNSITOS DIVERSOS ES QUE LAS PERSONAS PUEDAN DECIDIR SOBRE SU CUERPO ¿SÍ? (BERNARDO, PSIQUIATRA Y SEXÓLOGO)

Nos preguntamos cuáles son los parámetros inobjetable de lo femenino y lo masculino, producidos por los mecanismos de poder y las lógicas de consumo respecto de las imágenes corporales y su mediación tecnológica. Así, se construyen quirúrgicamente vaginas pasibles de ser penetradas, se implantan prótesis peneanas debajo de la piel, para poder penetrar. Dentro de una estructura médica que aborda la transexualidad como una ‘disforia’ y propone una terapéutica (pre)determinada, entendemos que parte de la autonomía y la libre decisión de las personas se ve limitada por un modelo dimórfico de cuerpos y sexos. Afirmamos a lo largo de este capítulo que las tecnologías biomédicas tendientes a ‘mejorar’ o ‘corregir’, lo ‘natural’, siempre trabajan con reajustes dentro de las normas ‘aceptables’.

HACE POCO OPERAMOS A UN PACIENTE DE FEMENINO A MASCULINO (ES LO MENOS FRECUENTE) Y CUANDO EN EL POST OPERATORIO (NOSOTROS LO ESTÁBAMOS CURANDO; ES UNA PERSONA A LA CUAL LE RECONSTRUIMOS UN FALO Y DEMÁS), ESTE MUCHACHO NOS DICE QUE TENÍA MUY PENSADO VOLCARSE A LA RELIGIÓN, AL CATOLICISMO, PERO VOLCARSE ACTIVAMENTE DIGAMOS. LE DIGO: -¿TE VAS A METER EN UN SEMINARIO? -“SÍ, BUENO, ALGO ASÍ...”-

-“AH, MIRÁ QUÉ BUENO” LE DIGO. -ENTRÁS AHÍ Y NO SALÍS MÁS

“CLARO, CLARO. ES UN CLAUSTRO, ENTRÁS Y NO SALÍS MÁS”

(RISAS)¿PARA QUÉ QUERÉS UN PITO? (RISAS) LA PREGUNTA SALE POR SÍ SOLA. ¿PARÁ QUÉ QUERÉS UN PITO? ¿PARA QUÉ QUERÉS UNA VAGINA?, SI FUERA AL REVÉS, SI FUERA UNA MUJER QUE FUERA A ENTRAR A UN CONVENTO (LUCIANO, URÓLOGO)

En cuanto a las nociones de éxito o fracaso de las operaciones que manejan los profesionales. Se mencionaron distintos parámetros para medirlos, como el éxito de la aplicación de técnicas, o el punto de vista del paciente en cuanto al resultado.

BÁSICAMENTE EL ÉXITO O EL FRACASO LO MEDÍS CON COMPLICACIONES INTRAQUIRÚRGICAS, POSTOPERATORIAS, MEDIATAS E INMEDIATAS...Y DESPUÉS LES HACEMOS ESCALAS DE SATISFACCIÓN GLOBAL Y ESPECÍFICA A LOS PACIENTES. (ERIC, CIRUJANO)

YO...POR LO QUE VEO, EL FRACASO Y EL ÉXITO DE LA CIRUGÍA PASA, EN DEFINITIVA, POR LA FELICIDAD DEL PACIENTE (HÉCTOR, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Los cirujanos suelen conocer de antemano las expectativas que tienen las personas respecto de los resultados y los cambios que obtendrán al salir del quirófano. Tal como nos relataron los profesionales, la funcionalidad de los órganos que puede lograrse en cuanto al placer (medido básicamente en la posibilidad o no, de tener orgasmos) es tan importante como el aspecto externo, estético de los genitales.

ES IMPORTANTE LO ESTÉTICO Y LO FUNCIONAL, PORQUE EL CLÍTORIS EN REALIDAD...SI UNO PRESERVA TODOS LOS NERVIOS PARA BRINDARLE SENSIBILIDAD. DE HECHO TODOS LOS PACIENTES HAN TENIDO...HAN DESCRITO SENSIBILIDAD E INCLUSO HAN LLEGADO A ORGASMOS QUE...CON PENE NO LLEGABAN. (LUCIANO, URÓLOGO)

EN NUESTRA CASUÍSTICA LA TASA DE SENSIBILIDAD PRESERVADA POSTOPERATORIA ES DE 100% Y LA TASA DE ORGASMO REFERIDA POR LOS PACIENTES ES DEL 72% (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

En relación al éxito de las intervenciones, es interesante el juego que se presenta entre las demandas y las exigencias de los ‘pacientes’ por un lado; y los desarrollos biotecnológicos que ofrece el mercado, junto al perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas desarrollado por la biomedicina, por otro.

EL ÉXITO Y EL FRACASO VARÍAN DESDE MUCHOS PUNTOS DE VISTA. VARÍAN TAMBIÉN DESDE LAS EXPECTATIVAS QUE PUEDE TENER EL PACIENTE. LOS PRIMEROS PACIENTES NO QUERÍAN TENER PENE, NADA MÁS, ENTONCES EL HECHO DE AMPUTARLE EL PENE YA ERA SUFICIENTE PARA QUE EL PACIENTE LO EVALUARA COMO UN ÉXITO...ERAN PACIENTES DE...DE EDAD, TODOS MAYORES DE 55 O 60 AÑOS...EN CAMBIO LAS PACIENTES HOY, QUE TENEMOS DE 22, 23, 24 AÑOS, LO QUE QUIEREN ES NO TENER PENE Y TENER UNA VAGINA QUE LES PERMITA MANTENER RELACIONES, QUE ESTÉTICAMENTE SEA LO MÁS PARECIDO A UNA VAGINA Y ASÍ MIDEN EL ÉXITO...ASÍ QUE, EL CONCEPTO DE ÉXITO VA MUY RELACIONADO... A LAS EXPECTATIVAS QUE TRAEN. (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Cumpleaños quirúrgico

Las narrativas morales y soteriológicas se encuentran íntimamente ligadas a las intervenciones corporales de las personas trans. De acuerdo a los relatos analizados, aquellos aspectos que refieren a la angustia y a la salvación se manifiestan como fundamento de la práctica médica. Como mencionamos en otro capítulo, es el sufrimiento de las personas trans el que habilita y justifica en parte, la intervención biomédica de sus cuerpos. Veremos en este apartado cómo ‘la ilusión’ de re-nacimiento se conjuga con el poder ‘casi divino’ de la biomedicina de ‘dar’ y ‘transformar’ la vida. “La medicina ofrece al hombre moderno el obstinado, pero confortador rostro de su finitud; en él, la muerte es interminablemente repetida, pero es también exorcizada; y aunque le recuerde al hombre incesantemente el límite que alienta en él, también le habla de ese mundo técnico que es la forma plena, armada y positiva de su finitud” (Foucault, 1973, citado en Good, 1994, p. 167)

Los profesionales justifican sus prácticas como “médicamente necesarias” en tanto, ellos hacen que lo que está en sus manos para “mejorar de la calidad de vida del paciente” y el “alivio de la angustia que expresan”. A la vez, dichos argumentos los alejan de una actitud que podría catalogarse de ‘omnipotente’ en lo que respecta a la manipulación del cuerpo como espacio ‘sagrado’ y a la dignidad de las personas.

...Y CREO QUE SI UNO PUEDE ADAPTAR PARA QUE LA PERSONA ESTÉ MÁS CÓMODA PARA DARLE MÁS CONFORT, ESTÁ BUENO. (LUIS, URÓLOGO)

NO SOMOS DIOS, PARA ANDAR CAMBIANDO DE SEXO A LA GENTE. LO QUE HACEMOS ES BUSCAR LA COMODIDAD, EL BIENESTAR DEL PACIENTE, ACÁ NO SE TRATA DE MANIPULAR NADA... (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Los profesionales entrevistados se refieren a la CRS como una herramienta que permite restaurar a las personas su ‘salud y equilibrio’, favoreciendo su inserción social, tanto laboral como afectiva. Aunque siempre existen riesgos de que esa corporalidad surgida y/o visibilizada post quirúrgicamente, pueda ser percibida socialmente como no auténtica, ajena a la persona, artificial o plástica.

DE HECHO, CUANDO SE LOS OPERA, ELLOS TE DICEN QUE VOLVIERON A NACER Y EMPIEZAN A FESTEJAR, MUCHOS DE ELLOS, SU CUMPLEAÑOS EL DÍA DE LA CIRUGÍA, NO EL DÍA QUE NACIERON. FIJATE LO IMPORTANTE QUE ES PARA ELLOS. (HEBE, ENDOCRINÓLOGA)

YO LO QUE NOTO ES...QUE LE CAMBIA LA VIDA...DIGAMOS, CAMBIA LA ACTITUD, LA SEGURIDAD...LO QUE ES INCREÍBLE, ¿NO? QUE VINIERON PELEANDO TANTO TIEMPO PARA CAMBIARLO Y QUE EN UN MOMENTO CAMBIEN...DIGAMOS, SEAN UN POQUITITO MÁS SEGUROS. PORQUE YA SON PERSONAS QUE VIENEN...PORQUE SI TE ANIMASTE A ENTRAR A TRIBUNALES PARA LUCHAR DOS AÑOS PARA TODO Y...SE SIENTEN QUE REALMENTE TIENEN LO QUE...DESAPARECE SU PROBLEMA DIGAMOS, SU CONFLICTO. (LUIS, URÓLOGO)

La expresión que da nombre a este apartado tiene que ver con expresiones de personas transexuales y de profesionales de la salud, que reflejan el ‘cambio’ producido en el plano físico pero también en el plano subjetivo, después de someterse a una cirugía de reasignación de sexo. Continuando con la narrativa soterológica, ‘el milagro’ tras la cirugía implica un cambio total para algunas de las personas que vivencian dicha experiencia, como un ‘nuevo nacimiento’.

Los profesionales entrevistados referían en repetidas oportunidades un antes y un después, de la entrada al quirófano para las personas transexuales. De hecho, hallamos varios posters y *papers* presentados en congresos por los propios profesionales, en los que recurren a la estrategia del antes y el después, mediante la presentación de imágenes y fotografías.

Ese ‘nuevo nacimiento’ aparece reflejado en frases reapropiadas y reproducidas por los médicos: “ahora estoy completa”, “ahora me siento en paz conmigo”. Y como

contracara del nacimiento y la vida, el fantasma del suicidio es una de las principales amenazas que aqueja a los profesionales que tratan con algunos de estos ‘pacientes’. En este sentido, en ese dirimir entre la vida y la muerte, la posibilidad de suicidio se presenta tanto como un resultado indeseable que se desprende de ‘un diagnóstico mal hecho’, como una amenaza presente ante la negativa de autorizar una intervención quirúrgica.

DE HECHO SE HA VISTO EN OTRAS PARTES EN...EN URUGUAY POR EJEMPLO, HAY ALGUNOS CASOS DONDE HUBO SUICIDIOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA PORQUE NO FUE EL DIAGNÓSTICO CORRECTO. ESE ES EL RIESGO...EN ALGUIEN QUE NO ESTÁ CONVENCIDO Y QUE NO ES UN TRANSEXUAL, Y QUE NO TENGA UN DIAGNÓSTICO REALMENTE DE CERTEZA DE SER UN TRANSEXUAL, AUTORIZAR UNA...O REALIZAR UNA CIRUGÍA, PORQUE ESA ES LA EQUIVOCACIÓN. NO SON TRANSEXUALES ARREPENTIDOS... ERA UN TRAVESTI, ERA UNA OPERACIÓN MALHECHA, NO SE DEBERÍA HABER HECHO ESA OPERACIÓN EN ESA PERSONA (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Y la contracara de ese nacimiento no parece ser la muerte, sino la imposibilidad de intentar la tan ansiada transformación:

¿CUÁL ES EL MIEDO MÁS GRANDE QUE TIENEN? A MORIRSE Y NO HABER CONSEGUIDO LA CIRUGÍA. NO HABER LOGRADO LA CIRUGÍA. DE HECHO MUCHOS DE ELLOS TE DICEN (...) UNO LES EXPLICA: -MIRÁ, QUE COMO TODA CIRUGÍA HAY RIESGOS LÓGICOS, COMO EN CUALQUIER CIRUGÍA, Y EN ESTA TAMBIÉN Y SON ESTOS Y ESTOS Y ESTOS...- Y ELLOS TE ESCUCHAN Y CUANDO UNO TERMINA DE EXPLICARLES TE DICEN: - DOCTOR, SI YO ME MUERO EN EL QUIRÓFANO NO IMPORTA, LO QUE NO PUEDO ES SEGUIR VIVIENDO DE ESA MANERA. ENTREGAN SU VIDA... FÍJATE CUÁL ES EL EXTREMO... (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

YO OPERÉ A UN SEMINARISTA, SE OPERÓ Y SE METIÓ EN UN CONVENTO DE MONJA Y QUE FINALMENTE LO ACEPTARON. YO LE PREGUNTABA CON PERLA PARA QUÉ SE QUERÍA OPERAR Y ELLA NOS CONTESTÓ QUE NO SE PODÍA MORIR CON LOS GENITALES QUE TENÍA (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Un nuevo ser parecer emerger tras la cirugía. El ‘nuevo yo’ que expresan las personas transexuales es en realidad, como aclaran los profesionales, ‘un redescubrimiento’, ‘un reencuentro’ con su ‘verdadero ser’.

Finalmente, la idea central que vuelve a aparecer en los discursos es la de un cuerpo discordante con la ‘verdadera’ identidad; la de un ‘yo genuino’, atrapado en un ‘cuerpo equivocado’. Las intervenciones corporales ‘restauradoras’, permitirían encontrar al ‘verdadero yo’ y este argumento se vuelve central, en tanto se plantea un nexo entre las prescripciones morales que indican la necesidad de definir(se) un único sexo/género y el bienestar y ‘alivio’ que proveerían la biomedicina y la tecnología en estos casos.

Neutralidad y decisiones técnicas frente a la asepsia de género

En términos generales, sostenemos que las nuevas tecnologías aplicadas a la salud y al cuerpo disponen de dispositivos de control e intervención, habitualmente considerados como ‘neutros’, que tensan las concepciones del cuerpo, la identidad, la sexualidad y la ‘normalidad’. Las actividades cotidianas de los profesionales de la salud, se presentan en las narrativas como parte de esta ‘lectura neutra del cuerpo natural’ en la que ellos se limitan a ‘la aplicación de técnicas’ y son ‘efectores de la justicia’:

YO ME CONCENTRO EN QUE LA CIRUGÍA ME SALGA BIEN Y NADA MÁS...TAMPOCO ME INTERESA SABER SI EL PACIENTE SE HACÍA PIS EN LA INFANCIA, SI EL PADRE...CÓMO LA TRATO... (PABLO, CIRUJANO).

De este modo lo social y lo científico, el adentro y el afuera, se presentan como espacios escindidos. Este proceder parece ser parte de la ‘asepsia’ que permite preservar los cuerpos y las técnicas de intervención del ‘afuera’: la religión, la moral, la política, la sociedad.

La concepción de la naturaleza como un fenómeno exterior, ontológicamente escindida de lo social (incluso del ‘ambiente’), es el esquema básico del pensamiento

científico moderno y constituye la trama narrativa que sirve de base al desarrollo de la biomedicina y a la particular construcción que ésta hace del cuerpo como objeto ‘natural’.

El tipo de verdad que construye el ‘relato’ de la ciencia, absoluta, neutra, universal y atemporal; tiene insoslayables consecuencias políticas. Por consiguiente, la producción de diagnósticos y protocolos de intervención en biomedicina, tiende a considerar los procesos ideológicos, políticos y culturales como ajenos a la producción de ‘hechos científicos’ y a omitir las bases contextuales y metafóricas de su trayectoria (Roca, 2010).

EN REALIDAD NO HACE FALTA MUCHO COMITÉ DE BIOÉTICA PORQUE NO ES UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA NUEVA O EL DESARROLLO DE UNA TECNOLOGÍA NUEVA, SIMPLEMENTE ES... EN REALIDAD ESTA CIRUGÍA ES UN CONJUNTO DE TÉCNICAS QUE UNO HACE DESDE EL PUNTO DE VISTA RECONSTRUCTIVO PARA MUCHAS OTRAS PATOLOGÍAS. ES UNA COMBINACIÓN DE TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS QUE SE UTILIZAN PARA OTRAS ÁREAS DEL CUERPO. (ERIC, URÓLOGO Y CIRUJANO)

UN DIRECTOR HOSPITALARIO ME ACONSEJÓ QUE ME PRESENTE ANTE UN COMITÉ DE ÉTICA. LO GRACIOSO FUE QUE EL COMITÉ SOLICITÓ LA INTERVENCIÓN DE LA IGLESIA CATÓLICA Y UN CURITA DIJO QUE SÍ. DIJO QUE NO HAY NINGÚN DOCUMENTO EN LA IGLESIA RESPECTO DE ESTE TIPO DE OPERACIONES, MIENTRAS ESTÉ ENCUADRADO EN LO CIENTÍFICO NO HAY PROBLEMA. EL PADRE PEDRO DIJO QUE LOS TEXTOS EVANGÉLICOS NO SE EXPRESAN SOBRE TRANSEXUALIDAD; QUE ÉSTA PUEDE SER INTERPRETADA COMO UNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA, Y QUE TODOS DEBEMOS HACER TODO LO POSIBLE PARA QUE ESE SER “ENCUENTRE LA PAZ INTERIOR” (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

En el trabajo de campo realizado, particularmente en torno al tema del diagnóstico y de la irreversibilidad de las cirugías, las tensiones entre la ‘verdad’ y ‘certeza’ de los procedimientos, revela una encrucijada en la experiencia de los profesionales, que vivencian cotidianamente situaciones que ponen en duda el supuesto de neutralidad de las intervenciones.

MIRÁ, APENAS YO EMPECÉ...INCLUSO LO CHARLÉ MUCHO CON BERNARDO... HAY DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD DE DISFORIA DE GÉNERO Y HAY PACIENTES QUE NO... NO SON... ENTONCES MI MIEDO ERA... SE LO

PLANTEÉ: ¿QUÉ CHANCES TENGO DE QUE UN PACIENTE VENGA EN CINCO AÑOS DICIÉNDOME: ‘LO QUIERO DE VUELTA’? Y LO ESTUVE BUSCANDO EN LA LITERATURA Y NO... Y ESTUVE CHARLANDO CON COLEGAS DE OTROS PAÍSES Y NO ESTÁ...NO ESTÁ DESCRIPTA LA POSIBILIDAD DE REVERSIÓN DE ESTE TIPO DE CIRUGÍA”. (ERIC, CIRUJANO)

Desde esta perspectiva las rutinas tienden a establecer protocolos para la administración de tratamientos que conforman dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar (y si fuese posible estandarizar) los procesos de tomas de decisiones complejos. Ciertamente algunas dimensiones sociales o morales se ‘imponen’ a las prácticas provocando vacíos legales y de sentidos. Estas tensiones caracterizan las prácticas de estos profesionales que deben confrontar en la gestión operativa de las intervenciones, decisiones sobre: edad de las personas, salud mental, legalidad y riesgos clínicos de las intervenciones ante posibles complicaciones, entre otros.

Los dispositivos, en tanto formas estandarizadas de gestión, son naturalizados como instrumentos operativos – neutrales, por esta razón que los profesionales definen sus propias prácticas como (mera) aplicación de técnicas. Los procesos de toma de decisiones requieren de dispositivos de traducción y purificación que garanticen su condición de ‘decisión técnica’; es decir, una estandarización, racionalización operativa y neutral, que ayude a opacar la incertidumbre y a encubrir las tensiones morales, ideológicas, políticas y religiosas que atraviesan (y definen) las intervenciones (Roca y Dellacasa, 2012, S/d)

Penas y máquinas: el imperativo tecnológico

*Para la biotecnología los organismos han cesado de existir
como objetos de conocimiento,
dando lugar a componentes bióticos, por ejemplo,
instrumentos especiales para el procesamiento de la información
o también como representaciones modificables de realidad corporal (...)
esas ciencias y esas tecnologías indican transformaciones fundamentales*

La noción de ‘imperativo tecnológico’ utilizada por Koenig (1988), puede servir a efectos de este análisis. La autora sostiene que la incorporación de procedimientos o artefactos ‘nuevos’ en biomedicina, tienden a ingresar ‘compulsivamente’ a las ‘rutinas’ cuando todavía sus resultados son ‘incierto’, o no están lo suficientemente ‘probados’. De tal forma, los análisis económicos y políticos de la salud han postulado la existencia de un imperativo tecnológico en la práctica médica, que provee un mandato de ingresar dispositivos “a partir de su mera existencia” (Koenig, 1988). Mientras las imágenes de un progreso tecnológico infinito y positivo dominan nuestra comprensión de la medicina moderna, los discursos mediáticos y publicitarios realizan una permanente apelación a la posibilidad de ‘elegir’ en forma individual los bienes y desarrollo disponibles de la tecnología para ‘ser más feliz’.

Desde esta aproximación, puede pensarse a las personas transexuales como ‘usuarios’ que consumen la información y la tecnología disponible, bajo un criterio ‘instrumental’, resultando de este modo más comprensible, la dinámica de las interacciones que se desarrolla entre médicos y consultantes, como un terreno de negociaciones, en donde las propias personas transexuales participan activamente en la toma de decisiones respecto de esos ‘imperativos tecnológicos’ que promueven la corrección o reescritura de la ‘naturaleza’ (Rabinow, 1992a). A la vez, ellas mismas toman iniciativas, incluso desafiando el control de los profesionales, que son quienes, a veces, ‘resisten’ las presiones.

La tecnología, si se extreman los controles y se determinan todos los factores posibles, hace mejor las ‘equivocaciones’ que la propia naturaleza ha producido como ‘errores’.

A más ‘normalización’, más hibridez

*La solidez corporal se quebranta
cuando más estable parece,
y entramos en los escollos del lenguaje*

(Thomas Laqueur, 1990)

250

El cuerpo una vez dentro del ‘taller quirúrgico’ se presenta como un territorio moldeable e intervenible, de acuerdo a modelos corporales preconcebidos. Hablamos de ‘proyecto corporal’ para el caso de las personas trans, ya que en muchos casos las intervenciones (de todo tipo) devienen en un proceso que no tiene fin. En lo que hace a las cirugías, siempre son más de una y en varias ocasiones son necesarios ‘retoques’, o cierto ‘mantenimiento’ luego de las intervenciones iniciales (es el caso de las prótesis penianas que pueden requerir ser remplazadas, o el caso de algunas neovaginas que pueden presentar ‘estreches’). En relación a ello, observamos que en los discursos médicos analizados se continúa denominando ‘transexuales’ a las personas, aún después de haber sido intervenidas quirúrgicamente y reasignadas jurídicamente; y se suele acompañar esa denominación con las siglas M-H (en inglés FTM) y H-M (en inglés MTF), para indicar el sentido del ‘tránsito’, que parece no tener fin.

Y AHORA NO, AHORA LOS ESTAMOS INTERNANDO EN SALA DE MUJERES DIRECTAMENTE, ME REFIERO DE HOMBRE A MUJER, Y LA VERDAD QUE LOS PACIENTES TRANSEXUALES ESTÁN FEMINIZADAS PERFECTAMENTE... (LAURA, ENFERMERA)

En la relación transexualidad y tecnología, el rol de ésta última en la posibilidad de cambios en torno al cuerpo no es de mera intermediaria, no funciona como un instrumento neutro e inocente, sino que se convierte en mediadora. “Incluso la forma de los humanos, de nuestro propio cuerpo, está en gran parte compuesta por negociaciones

socio técnicas y artefactos. Concebir de manera polar a humanidad y tecnología es desear una humanidad lejana, somos animales socio técnicos y cada interacción humana es socio técnica” (Latour, 2001, p. 84).

En relación a este planteo de la tecnología como parte de los componentes con los que interactuamos, exploramos las posibilidades que las intervenciones corporales concebidas como (bio) tecnologías, abren a la visibilización y enunciación de nuevas materialidades.

Una serie de trabajos (Holmes, 2002; Turner, 1999) en torno a diferentes instancias de intervenciones corporales de ‘normalización sexual’, proponen que lo que finalmente se produce mediante las tecnologías médicas son *híbridos*. Es decir, cuerpos ambiguos que no terminan correspondiéndose con ninguna de las (dos) categorizaciones sexuales médicamente reconocidas. Así, ‘nuevas’ formas de ser y de estar en el mundo mediadas por la tecnología, se materializan en cuerpos que se construyen más allá de la naturaleza y que excediendo la lectura moderna ya no son tales, más bien *cyborgs* en términos de Haraway: “¿Qué prometedoras mutaciones entre ‘mujeres’ y ‘hombres’ podrían ocurrir si la distribución dualista del género de los sujetos humanos y de la sexualidad cediera su lugar a otras configuraciones eróticas del deseo?” (1995, p. 49)

Una lectura *Queer* de este conjunto de intervenciones tecnológicas plantearía que el esquema dimórfico es una fantasía biomédica, que nunca puede ser completamente concretada. En tanto la biomedicina que pareciera empeñarse en (re)producir una aparente sexualidad normativa sobre la base de dicho binarismo sexo/genérico; estaría inevitablemente produciendo ‘otros’ cuerpos y ‘otras’ subjetividades. La paradoja se presenta entonces, en que todos los intentos de intervenir que tienen como finalidad la eliminación de los ‘errores’ y las ‘ambigüedades’, terminarían creando en definitiva aquellas ‘anormalidades’ que pretende suprimir. “La fórmula ‘biología es destino’ se re conceptualiza mediada por la tecnología: biología + tecnología=destino” (...) nos

encontramos con la maleable artificialidad del sexo natural y la sedimentada naturalización del género cultural” (Ortega, *et.al.*; 2006).

Consideramos en nuestro trabajo que las intervenciones corporales mediadas (bio) tecnológicamente, representan oportunidades abiertas para iluminar la naturaleza construida, artificial y culturalmente de lo ‘femenino’ y ‘masculino’; deconstruyendo las concepciones modernas del cuerpo. Las técnicas quirúrgicas y hormonales a las que referimos, pretenden presentar al cuerpo intervenido como ‘natural’, mediante la indistinción de todos los trazos (caracteres secundarios) y cicatrices de las operaciones. Esta necesidad de ‘borrar’ las marcas de las intervenciones, no hace más que subrayar la naturaleza construida del cuerpo y el rol que juega la práctica quirúrgica en su (re)construcción.

Las intervenciones corporales pueden contribuir y/o ser utilizadas para ‘desestabilizar’ las nociones de sujeto fijo e inmutable. Coincidiendo con la celebración de la disrupción de los contornos estables del cuerpo, como una precondition importante para cuestionar y desestabilizar las construcciones de género represivas (Butler, 2001). Las cirugías y otras intervenciones corporales forman parte de las estrategias de las personas transexuales para lograr sentirse ‘cómodas’ en sus cuerpos, “un sujeto con un cuerpo, en lugar de sólo ‘cuerpos’; paradójicamente, las técnicas quirúrgicas permiten a éstas personas devenir en sujetos corporizados, en lugar de cuerpos objetivados” (Davis, 1995, p.161).

Sostenemos que si bien la concepción de los humanos como sujetos totalmente pasivos y ‘víctimas’ de la tecnología es inadecuada; la idea muy sobrevalorada de que todos los individuos son capaces de intervenir activamente en el sistema y construir significados que contradigan aquellos que enarbola la ideología dominante, puede ser poco realista. Mientras los individuos reinterpretan a menudo las prácticas culturales en sentidos coincidentes con las significaciones dominantes, la realidad muestra que algunos significados continúan predominando sobre otros, porque no todas las personas tienen

igualdad en el acceso o control sobre los recursos que necesitan para dar cuenta de sus interpretaciones.

En las sociedades occidentales contemporáneas las construcciones de 'lo femenino' y 'lo masculino' así como las de 'belleza' que son dominantes, son también fuertemente 'normalizadas'. Para construir argumentos y prácticas efectivos contra la coercitividad de estas formas, sostenemos que es primeramente necesario reconocer que ellas son dominantes y no recurrir a una celebración superficial y abstracta de la 'heterogeneidad', y las 'diferencias' (Susan Bordo, 1993).

Estimo de importancia considerar, en la reflexión respecto de las intervenciones corporales, las posibilidades que habilitan las (bio)tecnologías respecto de la producción de nuevas subjetividades. "Las cirugías no tienen que ver con la estética, sino con la identidad", afirma Davis (citado en Negrin, 2002). De este modo, para aquellas personas que se sienten 'atrapadas' en un cuerpo que no refleja el 'real' sentido de lo que ellas 'son', las intervenciones corporales se presentan como instancias abiertas de renegociación de la identidad, a través del propio cuerpo. En definitiva, son modos de 'moldear' las elecciones de vida, mediante la modelación quirúrgica del cuerpo, dando como resultado nuevas formas de ser y estar en el mundo.

Si bien, las intervenciones corporales le permiten a las personas transpercibirse en el sentido de un 'yo corporizado'; ésta premisa se basa muchas veces en la alienación del cuerpo respecto del yo, como requisito previo de su consecución. Detrás de este planteo se encuentra la proposición ya mencionada del dualismo cartesiano, que separa la mente del cuerpo habilitando la concepción de éste último, como algo que puede ser manipulado. Hay que pensar necesariamente en una separación y distanciamiento previo del cuerpo, para que 'las técnicas' puedan intervenir(lo) y fragmentarlo en varias parte que pueden ser a su vez, transformadas. Las partes del cuerpo 'rechazadas' por las personas transexuales devienen disociadas del resto de la corporalidad como objetos 'accesorios', referidos en los discursos como: "ese miembro", "eso que cuelga", "esos

sacos". Son descriptos como pedazos de piel, de cosas, de órganos, que se le han impuesto, inanimados y a la vez actuando en contra de ellos. Deviniendo de este modo, en algo que las personas desearían 'cortar' de sus vidas.

En este sentido, las cirugías pueden pensarse como elemento de desestabilización de la unidad orgánica del sujeto. "El cuerpo 'natural' ha sido dramáticamente re-diseñado a través de la aplicación de nuevas tecnologías de corporalidad. Hacia fines de los años '80 la idea de unificación y fusión de lo biológico y lo tecnológico se había infiltrado en la imaginación de la cultura occidental donde la 'tecnología humana' había devenido en una configuración familiar para los sujetos de la posmodernidad" (Balsamo, 1996. p.54).

El cuerpo deja de pensarse como una entidad natural, innata, inmutable, o como el "regalo de Dios" y es visto como una herramienta que puede usarse para deconstruir la noción de sujeto o unificarlo, reemplazándolo por una concepción performativa del yo, en un estado constante de transmutación. Haraway (1995) argumenta que las posibilidades de intervenciones corporales que habilitan las nuevas tecnologías, disputan las rígidas oposiciones modernas. Ella cree que las personas deberían hacer libre uso de estas tecnologías y aprender a encaminarlas de acuerdo a sus propios fines. En oposición a la idea de un organismo holístico, Haraway concibe al cuerpo como una entidad híbrida con límites permeables y constantemente mutables, entrando en conjunción con lo no-orgánico. Más que ver a la tecnología como un enemigo, plantea que deberíamos percibirla como un aspecto de nuestra corporalidad.

Latour (1993, p. 77) identificó esta consecuencia de la tecnociencia como proliferación de híbridos: "mezclas entre géneros de seres enteramente nuevos, híbridos de la naturaleza y de la cultura", cuya única forma de relación y organización es la red. Estas redes conformadas por actores, artefactos e instituciones, son dinámicas y flexibles, admiten y permiten registrar la interacción entre sus nodos, tanto objetos como sujetos – humanos y no humanos–, de manera compleja. La trama se presenta compuesta por

actantes, aquellas entidades que provocan efectos en concatenación con otros humanos y no humanos orgánicos y tecnológicos.

Prótesis dentales, peneanas, ortopédicas o mamarias, implantes, reprogramaciones del sistema inmunológico, terapias hormonales, realidad virtual, diagnósticos genéticos pre-implantatorios, producción y preservación de embriones, son algunos ejemplos que permiten dar cuenta de nuestra condición híbrida, caracterizada por una permanente fluctuación entre lo orgánico y lo tecnológico.

CAPÍTULO V

256

Entre el sentido político y cognitivo de las controversias

En este último capítulo proponemos identificar y describir una serie de núcleos que han favorecido la estabilización de algunas de las controversias que desarrollamos en torno a la experiencia trans. En primer lugar identificamos una serie de núcleos de en relación a las categorizaciones y criterios diagnósticos en el DSM (APA); así como las nomenclaturas e indicadores del ICD (OMS). Sostenemos que dichas instancias constituyen hitos que remiten a puntos de irreversibilidad en torno a las controversias planteadas, en relación a los procesos de desestabilización, estabilización y clausura de las mismas. En este sentido, se vuelve necesario establecer un nuevo reordenamiento tanto de la red, como de los actores y grupos sociales involucrados.

Particularmente nos centraremos en las modalidades de incorporación de la transexualidad como categoría psiquiátrica, las sucesivas recategorizaciones y el proceso de discusión, escritura y publicación que rodearon la publicación del DSM V (*American Psychiatric Association*, 2013); y que aún atraviesan la futura publicación del CIE-11 (*Organización Mundial de la Salud*). Analizamos el impacto que han tenido en la actualidad las movilizaciones y las posturas planteadas por los colectivos LGBTI y militantes trans, respecto de la producción de categorías diagnósticas, así como del proceso de atención integral de la salud que demandan. En este sentido, la paradoja que presenta la demanda por la despatologización, confronta con la necesidad en la continuidad en la atención médica y el acceso a tecnologías corporales de intervención corporal en el escenario internacional.

En segundo lugar, identificamos un núcleo de estabilización en relación al derecho, planteamos una serie de antecedentes en torno a las políticas internacionales y las narrativas de los derechos y las sexualidades. Seguidamente nos centramos en el proceso de sanción de la Ley de Identidad de Género, los procesos de reconocimiento y el ingreso de las diversidades sexuales en la agenda política.

Finalmente consideramos un núcleo de estabilización vinculado a las políticas públicas de salud y sexualidad en el actual escenario argentino y las estrategias desplegadas que habilitan otras voces en el acceso democrático a nuevas tecnologías.

En lo que respecta a un análisis de las dimensiones de poder que atraviesan las controversias, así como los procesos de constitución de agencia, recurrimos a visibilizar las dinámicas que permiten disputar espacios de producción de conocimiento tradicionalmente hegemónicos. En este sentido, apelamos a las nociones de co-producción de conocimiento de Sheila Jasanoff (2004), y de co-gestión del tratamiento que propone Annemarie Mol (2008), en tanto permiten dar cuenta de diferentes procesos de apertura a espacios, actores y grupos sociales que negocian y disputan las categorizaciones y las instancias de producción y estandarización de los protocolos de

atención. En este sentido, los procesos micropolíticos de emponderamiento favorecen la visibilización de nuevas perspectivas y dinámicas de participación de sujetos ‘no expertos’, en instancias de producción de conocimiento científico y procesos de intervención de los que ellxs mismos son objeto.

Visibilizar a otrxs colectivos cognoscentes que se ubican en los márgenes de lo enunciable y que plantean desafíos abiertos a los tradicionales ordenamientos duales que ha erigido la modernidad y a nuestras propias subjetividades. En este sentido, resulta revelador poner en diálogo las dimensiones local/global para dimensionar y contextualizar las reflexiones.

NUCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LAS CATEGORIZACIONES DIAGNÓSTICAS

Al trazar una cartografía de algunas de las principales controversias en torno a la medicalización de la experiencia trans, identificamos una serie de puntos que marcan instancias de irreversibilidad en los debates. Es decir, una serie de mecanismos que han dado lugar a ‘hitos’ que hicieron que ciertos aspectos de las controversias se suspendan – al menos temporalmente- o bien, cambien el foco del desacuerdo. Dichas dinámicas impiden que los actores puedan mantener los argumentos en los mismos términos en que lo hacía hasta ese momento; y dan lugar, a la vez, a ciertos núcleos que llamamos de estabilización para esas controversias. Los núcleos de estabilización evidencian un consenso parcial entre dos o más actantes involucrados y generan instancias que sirven de base más estable para continuar la controversia, en tanto no consideramos que se trate de instancias de “clausura” definitiva.

En la cartografía de las controversias en torno a la medicalización de la experiencia trans entre esos ‘hitos’ a nivel global podemos mencionar, en primer lugar, la incorporación de la transexualidad –y las sucesivas modificaciones en las nomenclaturas- como una categoría psiquiátrica en los manuales diagnósticos de referencia internacional (DSM, APA e ICD, OMS. En segundo lugar, la reciente publicación de la quinta versión del

DSM–V (APA, 2013) cuyo proceso previo de redacción se vio atravesado por un cuestionamiento a la patologización de la experiencia trans y a las categorizaciones diagnósticas; principalmente visibilizada por las campañas y el movimiento internacional STP (*Stop Trans Patologization*). En tercer lugar, está pendiente la publicación de la onceava versión del ICD (OMS) que se espera para 2018 y en torno a la que también se está dando un proceso de discusión, acerca de las categorizaciones que se incluirán respecto de la mencionada experiencia.

Finalmente, la sanción y reciente reglamentación de la Ley 26.743, conocida como Ley de Identidad de Género, constituye uno de los núcleos de estabilización a nivel local. Además de la publicación del primer protocolo de atención y una serie de estrategias tendientes a favorecer el acceso a la atención de la salud a las personas trans. La gran relevancia que cobró dicha legislación sentó un precedente ineludible a nivel internacional, siendo la primera legislación a nivel mundial con perspectiva no patologizante que garantiza un acceso integral a la salud a las personas trans.

El camino a la psiquiatrización

La demanda política a la psiquiatría: (...) se empezó a solicitar a la psiquiatría que proporcione un discriminante, un discriminante psiquiátrico-político entre los individuos, o un discriminante psiquiátrico con efectos políticos entre ellos, entre los grupos, entre las ideologías, entre los mismos procesos históricos.

(Foucault, 2010)

Entre las décadas del '60 y del '70 el dispositivo médico de la transexualidad estaba en pleno proceso de transformación, para conseguir afianzarse a nivel mundial era necesario saldar una disputa que desarrollamos en profundidad en el capítulo II. La 'salida' que se encontró para poner un límite a los requerimientos de lxs 'pacientes' y, a la vez, establecer una serie de criterios que permitieran construir un 'diagnóstico certero' devino en la inclusión de otro campo de saber/poder: la psiquiatría. Ésta representa una especie

de consenso, un campo intermedio, entre la biomedicina, la psicología y el psicoanálisis, proporcionando la posibilidad de caracterizar una serie de ‘trastornos’ y ‘síndromes’ que no responden específicamente a un desorden en el plano fisiológico.

A mediados del siglo XX, la *American Psychiatric Association* edita la primera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I, 1952), promoviendo una homogeneización de criterios en las prácticas psiquiátricas. En las dos primeras versiones del manual (1952 y 1968), aún puede observarse la decisiva influencia del psicoanálisis por ejemplo, en las definiciones de ‘neurosis’. En las siguientes versiones, los trastornos que antes eran pasibles de tratamiento psicológico diferenciado, se transformaron en disturbios definidos en términos estrictamente orgánicos¹⁴⁹. Se aísla un conjunto de síntomas que pasan a constituir trastornos en sí mismos (este movimiento es el preludio y está íntimamente relacionado con la posterior ruptura de la psiquiatría norteamericana con el psicoanálisis y la consecuente pérdida de hegemonía de éste).

A partir de allí, los diagnósticos se ramificaron y aumentaron notablemente en las sucesivas versiones: DSM-III (1980), DSM-III R (versión revisada, 1986), DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (versión revisada, 2000), vinculándose cada vez más con la industria farmacéutica. La “Biblia Psiquiátrica”, como suele llamárselo, logró una homogeneización en la práctica imponiendo a nivel mundial el paradigma de la psiquiatría norteamericana.

Para comprender la construcción de la transexualidad como un desorden psiquiátrico es necesario considerar este movimiento que llevó, a fines del siglo XX, a la psiquiatría a un cambio de paradigma. Inicialmente, la transexualidad no aparece como categoría diagnóstica en las primeras versiones del DSM, en las que sí se mencionan la homosexualidad y el travestismo dentro de los llamados ‘*Psychosexual Disorders*’. La categoría transexualismo se incluye por primera vez en el DSM en 1980, en esa tercera versión se presenta el síndrome diferenciado y se ofrecen seis pautas diagnósticas. En las

¹⁴⁹ Dicha tendencia evidenció el resurgimiento de una mirada biologicista y una comprensión puramente orgánica del ser humano, evidentemente influenciada por nuevas especialidades médicas como la endocrinología, las neurociencias y la genética (Russo, J. y Venâncio, M., 2006).

siguientes versiones (DSM-IV, 1994 y DSM-IV-TR, 2000) el término es reemplazado por el de *Gender Identity Disorders* (GID). El TIG (son sus siglas en español) se incluye en el apartado “trastornos sexuales y de la identidad sexual”, que se subdivide en cuatro categorías menores: las disfunciones sexuales, las parafilias, los trastornos de identidad sexual y los trastornos sexuales no identificados (donde se agrupan los ‘casos’ que no entran en las primeras tres clases).

La categorización de la transexualidad como un desorden psiquiátrico se relaciona por un lado, con la experiencia de sufrimiento y malestar que han relatado algunas personas. A la vez, los profesionales de la salud sienten la imperiosa necesidad de “corroborar la estabilidad emocional de sus pacientes” y descartar cuadros psicóticos. Si bien el diagnóstico se construye desde la psiquiatría, el ‘tratamiento’ no se encausa en el campo de la salud mental, sino que dicho diagnóstico psiquiátrico es el que habilita una intervención hormonal y/o quirúrgica, en pos de (re)construir anatómicamente la identidad de género percibida por las personas trans.

Nomenclaturas. Estabilizaciones, desestabilizaciones y nuevas categorías

NosoTrans lo vivimos, nosoTrans decidimos

(Campaña octubretrans, STP, Madrid, 2012)

Al analizar las disputas y transacciones que rodean la producción de los manuales clasificatorios, al igual que en los estudios de controversias científicas, nuestra intención es revelar el proceso en que el conocimiento científico se instituye como verdadero, pero no en referencia a la ‘realidad’ sino por una instancia que se encuentra atravesada por la negociación social y política. En este sentido, el alcance de ciertos consensos produce núcleos de estabilización en los debates que se reflejan en el establecimiento de categorías, que luego resultan sucesivamente desestabilizadas. De algún modo, las discusiones se reflejan en una disputa por la terminología, pero sería un error pensar que

“sólo se trata de nombres”. Como ya mencionamos, el poder está directamente vinculado al dar nombre y al lenguaje del diagnóstico como operaciones políticas.

En su Declaración sobre el “Trastorno de Identidad de Género y el DSM 5”, en mayo de 2008¹⁵⁰, la APA refiere a las complejidades y controversias que trajo aparejado el proceso de producción de dicha versión. Particularmente se hace referencia a los debates, que han cobrado conocimiento público, vinculados al grupo de trabajo de los trastornos sexuales y de identidad de género. En relación a ello, manifiesta su intención de contemplar la sensibilidad y las necesidades de los médicos y 'sus pacientes'; para lo que propuso una dinámica de redacción 'colaborativa' que abre las oportunidades de revisar, hacer comentarios y agregar información en los documentos de trabajo a personas con diferentes posturas y formación académica. En este sentido, los grupos de trabajo pueden proponer revisiones de los criterios de desórdenes existentes, incluir nuevos desórdenes, quitar y modificar desórdenes o sus criterios.

Las negociaciones y los debates hicieron necesario que el mencionado grupo de trabajo revisara varios borradores, donde inicialmente se habían propuesto categorizaciones diagnósticas que luego, producto de las discusiones y de la pugna de intereses contrapuestos, en las versiones finales debieron ser reemplazadas. De algún modo, como afirma Butler (2010), intervenir en las escenas médicas, psicológicas y legales es expropiar a los discursos institucionales de autoridad el monopolio y el poder establecido unilateralmente para “nombrar”. Así lo refleja el caso del término 'incongruencia de género', sustituido más tarde por el 'disforia de género'. Ésta es la categorización que finalmente fue adoptada en la 5ta versión del DSM, en la que además se diferencian dos tipos de disforia: con DSD y sin DSD (*Disorders of Sex Development*), en este sentido, por primera vez se reconoce que personas intersex, pueden identificarse como trans. Lo antes mencionado, permite dar cuenta de una paulatina y lenta apertura del proceso del debate a 'otros' no expertos.

¹⁵⁰ Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> [Fecha de acceso: septiembre de 2012]

El cambio en el debate se aprecia desde la propia forma en que se ha realizado la revisión del DSM-5. Se ha mantenido el formato de grupos de trabajo, pero estos han estado publicando sus discusiones y propuestas en la web que el APA ha preparado para el caso. Por otro lado, se ha permitido que otras personas o colectivos no pertenecientes a cada uno de los grupos de trabajo pudiese enviar sus comentarios sobre las propuestas realizadas al grupo de trabajo para que fueran tenidas en cuenta (Pérez Sedeño y Ortega, 2014, p.545).

La ampliación del debate a otros participantes (usuarios, personas trans, activistas) supuso una intervención crítica en el proceso de revisión por parte de esos nuevos actores. A pesar de las marcadas desigualdades en torno a la formación académica, la legitimidad de los discursos y el poder de influenciar la toma de decisiones, los activistas han desarrollado paulatinamente un conocimiento crítico y disputante de la autoridad biomédica; desde su propia experiencia, en una relación singular que con el uso de tecnologías para intervención corporal.

El movimiento *Stop Trans Pathologization-STP* viene organizando diferentes actividades con el objetivo de impulsar acciones de despatologización trans. Inicialmente, las primeras campañas surgieron de activistas españoles y a partir del año 2009 la plataforma virtual cobró relevancia internacional incorporando progresivamente más de 370 redes y organizaciones de los cinco continentes. Particularmente en la Campaña SPT-2012, en coincidencia con el proceso de discusión y producción de la 5ª versión del DSM, se han planteado marchas simultáneas en distintas partes del mundo con la consigna de eliminar definitivamente cualquier categorización biomédica para la transexualidad; proponiendo a la vez, un nuevo modelo relacional entre profesionales, tecnologías y personas trans. El proceso de discusión y producción del DSM-5 a partir de grupos de

trabajo, implicó un movimiento de apertura de las fronteras en el debate más allá del ámbito de los expertos, incluyendo a las organizaciones y activistas trans.

Tenemos hoy una oportunidad histórica de intervenir críticamente en aquellos discursos médicos que regulan las vidas de las personas transgénero y transexuales. El DSM está siendo revisado y esto implica que lo que está en juego ahora son los términos mismos con los cuáles las personas trans se presentan frente a las autoridades médicas y legales y a través de los cuales son interpretadas. En esta situación, las palabras importan de verdad (Butler, 2010, p.9).

Por otro lado, la transexualidad ingresa oficialmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD en sus siglas en inglés) de la OMS en la novena versión de 1975, allí se presenta como ‘transexualismo’. En la siguiente versión CIE-10 que data de 1989, continúa utilizándose el mismo término, sin presentar cambios. El borrador Beta de la 11va. versión (con fecha definitiva de publicación en 2018) se encuentra actualmente on-line, en proceso de finalización para su posterior publicación¹⁵¹. Allí, la Organización Mundial de la Salud realiza un primer paso hacia la despatologización proponiendo dos nuevas categorías para ordenar la experiencia trans: *Incongruencia de género en la adolescencia y la adultez e Incongruencia de género en la infancia*. Por primera vez, se presentan separadas aquellas categorizaciones vinculadas con la transexualidad del capítulo referido a los trastornos mentales y de comportamiento, y se presentan ubicadas en un nuevo apartado, el capítulo 6: “Condiciones relacionadas con la salud sexual”. Si bien el cambio aún no ha sido aprobado y debe votarse en la Asamblea Mundial de la Salud, se trata de un pequeño avance respecto de los derechos y la salud de las personas trans.

¹⁵¹ Ver: <https://icd.who.int/dev11>[Fecha de acceso: marzo de 2017]

El reconocido académico y activista argentino Mauro Cabral, es co-director y coordina la iniciativa internacional de GATE (Global Action for Trans* Equality) sobre el proceso de reforma de la CIE. En un papel similar al que ha jugado el movimiento STP respecto del DSM, el GATE se presenta negociando activamente las categorizaciones y su ubicación en la futura versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. La postura de dicha organización respecto de los cambios en las categorizaciones, es que aún no se ha logrado lo suficiente para avanzar hacia la definitiva despatologización. Además, la principal preocupación que manifiestan es la eliminación de la categorización de ‘incongruencia de género’ en la infancia, ya que patologiza la diversidad en la niñez, con las graves consecuencias que ello puede acarrear.

La paradoja de la despatologización y la desmedicalización

*Esta ciudadanía biológica contemporánea
opera dentro de lo que denominamos una ‘economía política de la esperanza’.
La biología ya no es más un destino inevitable,
o incluso un previsible e implacable desenlace.
Se puede conocer, cambiar, demostrar y es eminentemente manipulable*

(Nikolas Rose, 2003)

Plantear la mirada medicalizadora y el paternalismo médico como procesos unidireccionales que se ‘imponen’ sobre la voluntad de las personas trans que concurren a los espacios de atención, no basta para comprender los complejos procesos que estamos analizando. Una mirada ‘desde arriba’ tal como planteaba Thompson (1984), nos privaría de explorar la extraordinaria y contradictoria riqueza de las estrategias y las presiones que pueden ejercer pacientes/usuarios de tecnologías médicas.

A partir de la búsqueda de recursos y organizaciones que facilitaran asesoramiento en la atención de la salud a personas trans, hallamos en la web grupos de personas que se

identifican como ‘portadoras’ del *Síndrome de Harry Benjamin* (SHB)¹⁵², “una enfermedad que provocaría como síntoma, la disforia de género”. Dicho grupo de ‘pacientes’, mencionan como fuentes ‘autorizadas’ trabajos de médicos, profesores universitarios y clínicas que ofrecen orientación y atención para este malestar¹⁵³. La lectura de Mauro Cabral (2008) acerca de este conjunto de afirmaciones es que conforman “una ficción somática colectiva destinada a (re)hacer cuerpos sexuados a través de una apropiación a un tiempo hiperconservadora y ultraradical de biocódigos” (2008, p.125).

Lo que se plantea desde estos argumentos¹⁵⁴ es un cambio de paradigma y de categorización, en tanto el trastorno de identidad de género, inicialmente asociado a la transexualidad pasaría a ser un trastorno de desarrollo neuroendocrino y por lo tanto, un tipo de estado intersexual. Los proponentes del *Síndrome de Harry Benjamin* se apropian de una mirada patologizante y biologicista, negando aspectos psicológicos, deseos, o estilos de vida; y reviviendo la promesa de localización orgánica, que nunca dejó de concebir la transexualidad como una forma especial de intersexualidad. En este, sentido constituye otro colectivo cognoscente que se apropia y reproduce ciertas categorizaciones, como parte de los mecanismos de construcción de su subjetividad.

Es interesante destacar cómo a partir de la apropiación de códigos biomédicos que se vuelven colectivos, estas personas construyen una estrategia mediante la que no sólo se dan existencia a sí mismos con una denominación específica, sino también con un cuerpo. En los argumentos, se expone a la vez la justificación y la posibilidad de intervención mediada biotecnológicamente para materializar cierta corporalidad

¹⁵² A fines del siglo pasado comenzó a difundirse este término, que constituye una apropiación de entidades y del discurso médico por parte de personas que se autoproclaman como portadoras de esta ‘enfermedad’ que constituiría en una falta de coincidencia entre el desarrollo sexual neuronal y el desarrollo anatómico. El nombre hace referencia a Harry Benjamin, el médico que retomó el término transexualismo, para ensayar una primera caracterización biomédica, una etiología y una estrategia de abordaje terapéutico.

⁵ Las investigaciones que avalan esta perspectiva se popularizaron a partir de los trabajos de la Cátedra de Neuroendocrinología de la Universidad Libre de Ámsterdam y cobraron relevancia a partir de la histórica publicación en 1995 en la revista *Nature* del artículo de Zhou, Hofman, Swaab y Gooren A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*; 378:6870.

¹⁵⁴ Para ampliar ver *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA) www.wpath.org www.shb-inf.org [Consultada en marzo de 2014]

intersexual, que en la crítica de Cabral, remite a una identidad irremisiblemente situada en algún lugar del hipotálamo” (Cabral, 2008, p.127). Para algunas personas defender una visión innata de su ‘malestar’, supone enfatizar los designios de la naturaleza por encima de la propia voluntad y permite recubrir la experiencia transexual con un halo de cientificismo que imposibilita cualquier condena moral, a la vez que valida el conocimiento biomédico.

En este sentido, otro conjunto de personas que se identifican como transexuales, transgénero, o simplemente trans, se plantean en contra del diagnóstico psiquiátrico de Trastorno de Identidad o disforia de Género, con el argumento de que ésta categorización atenta contra la autonomía y la libertad de las sujetos. Una amplia mayoría de movimientos, organizaciones y colectivos de personas trans, reclaman desde hace varios años un abordaje despatologizante de la experiencia trans, tomando como argumento la diversidad de sexualidades posibles, la autonomía, la libre elección y la autopercepción de la identidad de género.

Algunas de estas mismas personas, a pesar de estar en desacuerdo con la patologización de su experiencia, concurren a los consultas médicas utilizando el diagnóstico como un medio, una estrategia, que les permite acceder a la atención de la salud y a las intervenciones corporales. En distintas partes del mundo., el diagnóstico de disforia de género habilita a los pacientes a acceder a una serie de recursos médicos y tecnológicos de forma gratuita; además posibilita el cambio de sexo en los registros y documentos oficiales. Las entidades ‘disforia de género’ o ‘trastorno de identidad de género’, refuerzan la idea de que la persona es afectada por fuerzas ‘que ella no comprende’. A la vez, que reproduce el lenguaje de la corrección, de la adaptación y de la normalización, respecto del dimorfismo reinante. Los médicos, las compañías de salud y las propias personas discuten en distintos países aún el tema. Algunas posturas coinciden en el planteo de que sin el diagnóstico y la consecuente patologización de la experiencia trans, resultará cada vez más difícil pensar que la atención y las cirugías de reasignación,

puedan continuar realizándose gratuitamente en servicios públicos. Este argumento resume una de las principales paradojas que atraviesa la medicalización de la experiencia trans en torno al diagnóstico. Al quitar la categorización del DSM, caería la noción de patología, lo que por un lado, elevaría el nivel de autonomía y libre determinación de las personas, a la vez que contribuiría a terminar con la estigmatización. Pero, por otro lado, habilitaría a que la salud pública se desligara de la obligación de cubrir los costos de los tratamientos hormonales y de las cirugías de reasignación por no ser “medicamente necesarias”, quedando restringido su acceso a aquellas personas que puedan pagarlos.

Tal como plantea Judith Butler (2009) el diagnóstico para algunos es una “bendición ambivalente, para otros una maldición ambigua”. Puede funcionar como un elemento que favorezca la autonomía y el deseo de transformación corporal de las personas transexuales, como a la vez puede “asesinar el alma”. Especialmente en niños y adolescentes, la fuerza patologizante del diagnóstico puede ser debilitante para quienes no tienen recursos críticos para resistirla. Las categorizaciones psiquiátricas “disforia de género” o “trastorno de identidad de género”, refuerzan la idea de que la persona es afectada por fuerzas que ella no comprende. A la vez, que reproduce el lenguaje de la corrección, la adaptación y la normalización, respecto del binarismo reinante.

El precio de usar el diagnóstico para conseguir lo que se quiere es el de que no se pueda usar el lenguaje para decir lo que realmente se piensa que sea verdad. Una persona paga por su libertad, por así decir, al sacrificar el derecho de usar el lenguaje para decir la verdad. En otras palabras, una forma de libertad sólo es obtenida al precio de renunciar a la otra (Butler, 2009, p.112).

Entendemos que la transexualidad no es un estado físico, ni psicológico, en sentido estricto, es parte de un complejo proceso social. En este proceso, la dimensión temporal es fundamental, pero también las relaciones sociales que se articulan de modo específico:

la producción de un rol social, una subjetividad y un modo particular de relacionarse con el cuerpo. En este caso, el rol social, la subjetividad y las relación con el cuerpo son, a la vez, producto de prácticas cotidianas de interacción con los profesionales de la salud, el conocimiento biomédico, las instituciones sanitaria, con otras personas trans; y producto de la incorporación/resistencia de discursos expertos y legos, particularmente del discurso estigmatizante.

Alrededor de los procesos de atención se expresa también la agencialidad del sujeto, su capacidad de integrar, en el despliegue de estrategias, diferentes expectativas y prioridades, o de gestionar los conflictos entre diferentes economías morales (Thompson, 2000). Los procesos de atención y las opciones terapéuticas se insertan de forma compleja en las estrategias sociales del sujeto, en su vida, y se capilarizan en el modo en que se constituye su *self*, en el seno de sus relaciones sociales y en la relación con los profesionales. En este sentido, estos “ciudadanos biológicos” representan sujetos que, mediados biotecnológicamente, establecen un cierto tipo de relación con sí mismos; usan lenguaje biomédico para describir aspectos de sus experiencias o de su identidad, a la vez que su cuerpo, su vida y su cotidianeidad se presentan atravesados por intervenciones (quirúrgicas, hormonales, estéticas, etc.) que los posiciona particularmente, respecto de cómo podrían/deberían actuar y del tipo de vida al que podrían aspirar.

En el marco de una crítica a los modos de construcción y auto-legitimación del conocimiento, así como de un cuestionamiento a su pretendida neutralidad (Hess, 1992, Latour 1993, Franklin, 2005), las diversas posturas esbozadas, habilitan a reflexionar respecto de la precariedad de los procesos diagnósticos, la fragilidad de algunos argumentos ‘científicos’ y lo volátil que resultan ciertas categorizaciones biomédicas; que si bien dan entidad a enfermedades ‘concretas’, evidentemente no lo hacen de modo unívoco, de una vez y para siempre.

De ‘pacientes’ a activistas

Las conceptualizaciones sobre las identidades de género no normativas, sostenidas a lo largo de las últimas décadas desde posiciones teórico-activistas (Stryker, 1994; Stryker y Whittle, 2006, Stone, 2004, entre otros.) se encuentran en consonancia con los discursos de un movimiento por la despatologización trans, que ha surgido recientemente y que cobra cada vez mayor visibilidad.

En su trabajo, *Research "in the wild", shaping new social identities*, Callon y Rabeharisoa (2003) refieren a nuevas formas de interacción entre tecnología y sociedad, en las que a partir de dinámicas de investigación biomédica cooperativas, los no científicos trabajan con los científicos para producir y promover el conocimiento¹⁵⁵. La categorización de legos y expertos en el campo de la salud los coloca en dos "lugares" muy distantes: socialmente se ha categorizado a los "expertos" como los especialistas (investigadores, profesionales de la salud) de los distintos campos disciplinares que generan y producen saber científico, y como "legos" en principio, se ha ubicado a los pacientes. Desde una concepción constructivista del conocimiento, como producto social, asumimos el supuesto de que esta co-producción de conocimiento existe realmente, como un fenómeno que es tanto proceso como resultado de la interacción entre la comunidad científica y la sociedad.

En este sentido, tanto la crítica a la ciencia occidental que reclama por la abolición de la noción de experticia, como la negación de la existencia de otros saberes legos, son desacertadas. Nos situamos desde un punto de vista simétrico, evidenciando que estas formas de conocimiento no son contradictorias sino complementarias, porque cuando la ciencia "se pone en práctica" sin tener en cuenta el conocimiento local, arroja como resultado una aplicación muy pobre. Podemos hablar de un enriquecimiento mutuo entre los tipos de saberes, pero no obviamente desde la competencia o la subsunción de uno sobre otro. Lo que demuestra por otro lado, que estas dos formas de conocimiento no son intrínsecamente diferentes, ni es lícito pensarlas separadamente, más allá de una

¹⁵⁵Entre estas nuevas dinámicas de investigación co-gestionadas, uno de los principales antecedentes, es la *Asociación Francesa contra la Myopathies*.

instancia analítica. Al mismo tiempo que resulta en vano trazar límites y concebir distinciones, entre tecnología y sociedad. Coincidimos con los análisis de Sheila Jasanoff (2004, 2006), quién propone que la co-producción de conocimiento implica que tanto el orden natural como el orden social son producidos conjuntamente y que ninguno de los órdenes prevalece por encima del otro.

En definitiva, las maneras en las que conocemos y representamos el mundo resultan inseparables de los modos de vivir en él. El conocimiento y sus materializaciones, así como la tecnología, son a la vez, producto del trabajo y constitutivos de las formas de vida social. “La coproducción es simétrica, en cuanto llama la atención sobre las dimensiones sociales de los compromisos cognitivos y comprensiones mientras que al mismo tiempo, subraya los correlatos epistémicos y materiales de las formaciones sociales” (Jasanoff, 2004).

NUCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LOS DERECHOS

Antecedentes a nivel internacional

La conformación de lo sexual como campo del derecho se inicia a fines del siglo XX. Recién a partir de los años’ 90 comienzan a incluirse consideraciones acerca de la sexualidad en documentos formales de orden internacional. Los antecedentes más importantes en la construcción de la sexualidad como un derecho, deben rastrearse en las conferencias de El Cairo (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994) y Beijing (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995). Entre 1999 y 2001, volvió a debatirse el tema de la sexualidad en las revisiones de dichas conferencias en los años posteriores, El Cairo +5 (1999), Beijing +5 (2000). Además de un destacado espacio que ocupó la temática en la sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre HIV, en 2001.

Históricamente los tópicos acerca de las sexualidades se han vinculado a dos

paradigmas: el de la salud y, más recientemente, el de los derechos humanos; cuestión que a nuestro entender ha dificultado en cierta medida la conformación de un campo propio de los “derechos sexuales”. En primer lugar, las sexualidades se han pensado fuertemente ligadas a la salud. Tal como lo detallan varios trabajos (Amuchástegui Herrera, 2002; Ávila, 2003; Correa y Petchesky, 2001; entre otros), fue la salud de las mujeres, sobre todo en relación a la reproducción, la que comenzó a incluir el término ‘sexual’. Y esto nos remite a la vinculación discursiva –sobre todo en documentos oficiales y de política pública- entre derechos reproductivos y derecho sexuales, aunque en la práctica se trate de dos esferas que se abordan autónomamente y en las que las mujeres muestran una apropiación de ambos bien diferenciada. La legitimidad y mayor aceptación social e institucional de los derechos reproductivos en detrimento de los derechos sexuales, tiene que ver por un lado, con las luchas y reivindicaciones planteadas por los movimientos de mujeres en torno a la posibilidad de decidir cuándo tener hijos y cuántos tener, haciendo de la maternidad una elección y no una imposición. Por otro, se relaciona con una política pública destinada a atender la salud reproductiva de las mujeres (y de los recién nacidos) direccionada en parte, por los intereses de los países centrales en intervenir y controlar el crecimiento poblacional de los países más pobres. En lo que respecta a las expresiones “salud sexual” (a secas) o “sexualidad saludable”, se han presentado históricamente asociadas al universo masculino; en tanto se vinculan con el campo de la sexología clínica y los desarrollos de la industria farmacéutica, en torno a un “óptimo” desempeño sexual. En este sentido, ciertos abordajes biomédicos -que traducen la sexualidad en términos bioquímicos y orgánicos- abonan una perspectiva individualista que se presenta muy alejada del universo de los derechos sexuales y de la política.

En términos más generales, las limitaciones y posibilidades que habilitan los discursos de salud pública y de sexualidad, pueden pensarse en tres momentos, retomando el análisis de Pecheny y de la Dehesa (2009). Un primer uso de los discursos sanitarios como vehículo para la evolución de los derechos sexuales, particularmente en lo

concerniente a la separación de la reproducción y la sexualidad, así como del auge en el suministro de métodos anticonceptivos y la planificación familiar. Un segundo momento en el que se identifica el discurso de la salud pública actuando como un obstáculo para el avance y la concreción de los derechos sexuales. Y finalmente, un tercer momento en el que se cuestionan tanto el lenguaje de la salud como el de los derechos, en tanto devienen en formas de despolitizar las prácticas y las sexualidades, que se presentan como irreductibles a lo normativo, lo racional y lo público.

En segundo lugar y más recientemente, las sexualidades se han vinculado al paradigma de los derechos humanos. Tal como lo subrayan Correa y Parker (2004), cada vez existe más consenso respecto de que los Derechos Humanos constituyen el marco ético apropiado para encausar la lucha por los derechos sexuales dentro de una agenda de desarrollo más amplia. En este caso, el marco normativo se toma como la base a partir de la cual se plantea aumentar la libertad y la igualdad, como parte del “proyecto moderno”. Sin embargo, y como ya lo advirtiera Foucault (1980), no debe perderse de vista que el ocultamiento, la coerción, la discriminación y el control operan junto al “*ethos* moderno” en la idea del hombre/ciudadano y la “universalidad” de derechos.

Los Principios de Yogyakarta (2006) constituyen el documentomás importante que permite establecer estándares internacionales acerca de cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos en cuestiones de orientación sexual y de identidad de género. El interrogante que atraviesa este paradigma tiene que ver con, ¿Cómo abordar la universalidad de los derechos sexuales? En tanto se presenta la paradoja, de que al reclamar protección legal estatal, se está abriendo la puerta a cierto paternalismo que podría devenir en una invasión y control del Estado sobre la privacidad de las personas. A la vez, al sostener una defensa al derecho a la intimidad y la privacidad, se corre el riesgo de aumentar la vulnerabilidad de aquellos sujetos menos empoderados. Lo antes mencionado, conduce necesariamente a una revisión y replanteo de la dicotomía público/privado:

Como resultado, la sexualidad permanece escondida detrás de lenguajes que inherentemente violentan su lógica: los lenguajes de las políticas de salud, tanto como el lenguaje de los derechos formales, positivos y garantizados por el Estado. Estos lenguajes liberales suponen sujetos identificables y estables, y la posibilidad de disponer (la “propiedad”) del propio cuerpo, en contradicción con prácticas alternativas que son más sustantivas, fluidas y borrosas (Pecheny y de la Dehesa, 2009, p. 28).

Una de las salidas que se ha planteado a la paradoja y las limitaciones de esta dicotomía público/privado en el campo de los derechos sexuales, tiene que ver con el rol que pueden desempeñar las organizaciones y colectivos LGBTI.

Los discursos sobre las sexualidades y los derechos

Los derechos sexuales, más allá de las definiciones jurídicas, necesitan además de posibilidades concretas que los habiliten. Por un lado, desde un plano subjetivo, Amuchástegui Herrera y Rivas (2004) refieren a procesos subjetivos de apropiación de los derechos sexuales:

Las posibilidades de acción respecto a los derechos se basan en el proceso de constitución del sujeto, esto es, en el autorreconocimiento de su existencia personal, así como en recibir el reconocimiento de los demás. Los ejes principales de este proceso son: la apropiación del cuerpo como un terreno de la soberanía individual y la construcción de una voz, como la expresión de ‘autorizarse a sí misma’ (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999, p.345)

Por otro lado, al autorizar los deseos, las prácticas y las identidades sexuales

propios, se da una apertura hacia el respeto por los derechos de otrxs favoreciendo procesos de implicación y participación en la generación de posibilidades de tales ejercicios (Petchesky, 2000).

El concepto de ciudadanías sexuales (Amuchástegui Herrera y Rivas, 2004), remite a un conjunto de códigos éticos que se presentan como requisito, para el sostenimiento de una democratización de las relaciones íntimas. Las moralidades remiten a códigos de comportamiento (prescriptivos o proscriptivos), formas de subjetivación moral y prácticas de sí, que tienden a asegurarlas (ética) (Foucault, 1988, p.30). A la vez, pueden incluir también participación política ciudadana, tanto en un plano individual como colectivo.

Una subjetividad moral autónoma, dispuesta a desafiar al poder cuando es arbitrario o ilegítimo, implica un fuerte sí mismo (*self*) que ha logrado internalizar criterios sobre la autoridad moral. Y tal subjetividad autónoma es sostenida a lo largo de la vida gracias al reforzamiento intersubjetivo, anclado en la participación en redes, grupos e instituciones sociales (Jelin, 1996, p.111).

Sin embargo, las nociones de democracia y libertad vinculadas a un ciudadano autónomo, no deben hacernos perder de vista las condiciones particulares –contextos económicos, políticos y sociales- de los individuos y los grupos sociales, que condicionan enormemente las posibilidades de “libre” elección. Este ideal de libertad es diferente de la libertad de consumo viabilizada por un mercado de bienes a disposición, a la vez, por tener un trasfondo colectivo, se distancia de la noción de búsqueda individualista de placer. Tal como lo expresa la crítica a la noción liberal de “libre elección”, ésta se torna ilusoria en condiciones de exclusión social, desigualdad económica y subordinación, como es el caso de muchos sujetos y colectivos LGBTI en el mundo. El ideal de ciudadano autónomo y sujeto pleno de derechos se limita a ciertos sectores dominantes, el resto muchas veces no cuenta con la posibilidad real de elegir quién o qué ser; incluso: “[...] aún

los grupos dominantes viven una mentira: su autonomía yace en su poder para construir otros no autónomos. Aún ellos dependen de estos otros, sin quienes su autonomía ilusoria se desvanecería” (Sampson, 1994, p. 166).

En síntesis, además de la apropiación subjetiva del cuerpo y de la vida erótica, se hace necesario fortalecer ciertas prácticas, relaciones e instituciones que apunten a la construcción de una ciudadanía sexual, para promover espacios colectivos de participación política y generar las condiciones de posibilidad para la búsqueda de placer. Además importante no perder de vista, el problema que siempre presenta la traducción del campo del deseo (subjetivo) a una noción de “justicia erótica” (Sonia Correa, 2007, p.12) vinculada a las políticas públicas institucionalizadas.

Las políticas y estrategias que buscan garantizar los derechos en lo que respecta a la sexualidad –particularmente focalizadas en el acceso a la salud- han devenido muchas veces en medidas focalizadas e instrumentales, que terminan produciendo clasificaciones y reduccionismos de las identidades y las prácticas sexuales. Nótese por ejemplo, que a pesar del carácter progresista y pionero de la Ley de Identidad de Género, no se produce un cuestionamiento profundo a los dualismos sexo-genéricos y en definitiva, las intervenciones corporales en muchos casos, siguen reproduciendo los esquemas heteronormativos dominantes.

LA LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO COMO MARCO NORMATIVO Y COMO DISPOSITIVO MÉDICO-LEGAL DE CONSENSO

Un largo camino hacia el reconocimiento

*Ese espíritu de autosuficiencia,
que incluso se considera capaz de modificar lo inmodificable,
se sustenta en un claro voluntarismo que prescinde de los datos
que nos aporta la realidad dada,
realidad que nosotros podemos percibir, pero no crear (...)
La justicia no puede alterar la naturaleza misma de las cosas.*

En nuestro país a partir de la década del '90, las demandas de los colectivos y organizaciones de lucha por el reconocimiento de la identidad y los derechos de las diversidades sexuales fueron paulatinamente ingresando en la agenda pública. Un antecedente importante en este sentido es la Ley de Matrimonio Civil (Ley 26.618, 2010) que al habilitar las uniones entre personas del mismo sexo, sentó las bases para posteriores avances en el campo del reconocimiento de las diversidades y generó un clima de apertura hacia otras demandas vinculadas a los derechos sexuales y no reproductivos.

Hasta hace poco tiempo en nuestro país, las personas que deseaban obtener un cambio de nombre y/o sexo en los registros documentales o someterse a intervenciones corporales debían solicitar autorización a la justicia mediante un recurso de amparo¹⁵⁶; ya que no existía en el país una legislación específica acerca de la identidad de género que contemplara parte de los derechos de las personas trans. En este sentido, iban conformándose en la práctica una serie de pasos, que generalmente se iban repitiendo ante cada nuevo 'caso' y que han funcionado como rutinas médico-jurídicas: solicitud de informes y pericias médico clínicas y médico-psiquiátricas, informe psicológico, tests, informe socioambiental, entrevista con el juez a cargo de la causa, entre los más destacados. El diagnóstico de TIG (el padecimiento de un Trastorno de Identidad de Género) y/o la caracterización de una persona como transexual, se construye a partir de una serie de pericias e informes que certifican que la persona solicitante no presenta anomalías de base orgánica, a nivel gonadal, hormonal o genético; ni sufría un cuadro de desorganización psicótica, alucinaciones, ni síntomas de un síndrome orgánico cerebral. La primera instancia, apunta a descartar los casos de sujetos categorizados como

¹⁵⁶ La ley 17.132 sobre Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración, sancionada en 1967, en su artículo 69, inciso 4 establece: Artículo 19: Los profesionales que ejerzan la medicina, están sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes obligados a:
4) No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial.

‘intersexuales’¹⁵⁷ y la segunda, de pacientes psiquiátricos, quienes verían afectado su juicio de razón y la capacidad de ‘toma de decisiones’.

El derecho (o más específicamente la jurisprudencia) aparece como la palabra autorizada de la Nación, que se presenta capaz no sólo de regular, sino a la vez, de crear y ‘nominar’ a los sujetos (transexuales, intersexuales, travestis) cuyos derechos decide si garantiza o no. En este sentido y siguiendo el planteo de Foucault (1987) los sujetos jurídicos son invariablemente producidos mediante ciertas prácticas excluyentes, que no son visibles una vez que la estructura jurídica de la política ha sido establecida.

El primer fallo favorable para el cambio de los datos registrales de una persona categorizada como transexual y operada en Chile, fue en 1997 para Mariela Muñoz, un ‘caso’ que se tornó muy mediático. Recién en el año 2001, se realizó por primera vez en nuestro país una cirugía de reasignación de sexo en un hospital público, con autorización de un juez a una persona transexual.

Varias ideas monolíticas acerca del sexo, la salud/patología, la sexualidad y su relación con el derecho, han debido ser revisadas y finalmente, con el paso del tiempo y de los ‘casos’, dejadas de lado. En las narrativas jurídicas, se partía de concebir el ‘sexo’ como un ‘atributo inmutable’:

EL SEXO ES UN ATRIBUTO INMUTABLE, INMODIFICABLE NO CAMBIA POR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. TENIENDO EN CUENTA LA VARIACIÓN EN EL TIEMPO DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL SEXO, DEBE PREVALECER EL QUE PERMANEZCA INALTERABLE (1989)¹⁵⁸.

Luego pasó a contemplarse, en primer lugar, la diversificación de la categoría sexo: sexo gonadal, cromosómico, hormonal, etc., además se desdobló una concepción

¹⁵⁷La intersexualidad o Desorden del Desarrollo Sexual (DDS) se da en personas que presentan genitales ambiguos, penes demasiado cortos, clítoris demasiado largo, testículos y ovarios a la vez, etc.; algún tipo de desorden hormonal (como el Síndrome de insensibilidad a los andrógenos) y/o alteraciones cromosómicas. En estos casos, diferentes estudios clínicos permiten de algún modo ‘confirmar’ el origen orgánico de la alteración.

¹⁵⁸Fallo de la CN Civil, Sala E, 31-03-89 - ED: 135-525

‘biológico-genética’ de la noción de sexo y otra psicológica, social que será identificada con el término ‘género’.

RESULTA INCUESTIONABLE QUE EL SEXO ES UNO DE LOS ATRIBUTOS DE LA PERSONA, COMO LO SON EL DOMICILIO, LA CAPACIDAD, EL ESTADO CIVIL, EL NOMBRE. ES DECIR QUE ES UNA CUALIDAD QUE CONFORMA A LA PERSONA EN CUANTO TAL Y NO UN DERECHO SUBJETIVO QUE AQUÉLLA PUEDA EJERCITAR HACIENDO USO DE FACULTADES LIBRES DE DISPONIBILIDAD. PERO PRECISAMENTE HAY QUE ADMITIR QUE COMO LOS OTROS ATRIBUTOS AQUÍ ENUNCIADOS, NO POR ELLO ES INMODIFICABLE, IRREVERSIBLE, FIJO O NO CAMBIABLE. TODOS LOS ATRIBUTOS TIENEN LA CARACTERÍSTICA DE LA ESTABILIDAD O FIRMEZA, PERO SI SOBREVIENTEN NECESIDADES EXCEPCIONALES, SIEMPRE SE HA ACEPTADO POR LA DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA, Y HASTA POR LA LEY, QUE SEA ADMITIDA SU MODIFICACIÓN, SEA POR VÍA DE CONSECUENCIA, DE VOLUNTAD O DE SANCIÓN (2009)¹⁵⁹.

LA PERSONA AMPARISTA SIENTE, ACTÚA Y SE VISTE COMO MUJER, ES UNA PERSONA DE SEXO FEMENINO EN UN CUERPO DE VARÓN...SU IDENTIDAD GENÉRICA Y SU ROL SEXUAL SON CONGRUENTES, SE SIENTE MUJER, Y ACTÚA COMO MUJER (2008)¹⁶⁰.

A su vez, de una concepción ‘patologizante’ que caracterizaba la transexualidad como un desorden psiquiátrico (que la definición que aún prevalece a nivel mundial) la mirada se abrió paulatinamente a percibir la ‘diversidad’.

SE SOSTIENE QUE EL TRANSEXUAL, ANTE TODO, PADECE UNA PATOLOGÍA, LO QUE HABRÍA SIDO DEMOSTRADO CERTERAMENTE POR EL PSICOANÁLISIS Y A PARTIR DE TAL AFIRMACIÓN, SE DESTACA QUE EL ‘SÍNDROME TRANSEXUAL’ -EN TANTO CONFIGURA UNA DOLENCIA- SE HALLA FUERA DE LA ÓRBITA DEL LIBRE ACCIONAR QUE, EN LO HABITUAL, RIGE LA VIDA PRIVADA, ASÍ COMO TAMBIÉN QUE LA CONVICCIÓN DE AQUÉL DE PERTENECER AL OTRO SEXO ES DIRECTA CONSECUENCIA DE LA

¹⁵⁹ Cifuentes, S. “Sobre el tema de la Transexualidad”, *LA LEY*, 2005-E, 1166 - cfr. La Ley 2006-C, 420. Citado en Fallo Juzgado de 1º Instancia Civil y Comercial Nº 3 de Formosa, sentencia del 20/09/2009.

¹⁶⁰ Fallo del Juzgado Civil y Comercial Nº 4 de Mar del Plata, 10/04/2008.

PARANOIA QUE LO INVADE, LO QUE CONDUCIRÍA A NO PODER CATEGORIZAR SU ASPIRACIÓN COMO RESPUESTA A UN DESEO GENUINO DEL SUJETO.(2006)¹⁶¹.

EL DERECHO A LA IDENTIDAD SEXUAL INCLUYE EL DE VIVIR SEGÚN LA MORALIDAD SEXUAL DE CADA UNO, HABIDA CUENTA QUE EL SEXO DE UNA PERSONA ES UN FENÓMENO COMPLEJO INTEGRADO CON LA TOTALIDAD DE SU VIDA, DE SU PSIQUISMO Y DE SU GENITALIDAD, MOTIVOS POR LOS CUALES LA COMUNIDAD DEBE RESPETAR... COMPORTAMIENTOS DISTINTOS AL SOCIALMENTE ACEPTADO (2009)¹⁶².

Como puede observarse a través de una lectura histórica¹⁶³, tanto los argumentos esgrimidos por parte de los jueces, como los resultados de las sentencias han ido incorporando nuevas perspectivas y en algunos casos han dado visibilidad a situaciones que de hecho, se daban en la práctica. Así, a fines de 2010, comenzaron a hacerse oír en los tribunales de justicia de nuestro país, los primeros argumentos despatologizantes y las primeras muestras de reconocimiento de la riqueza de la diversidad sexual, en la voz de los jueces:

CLARAMENTE NO CONSTITUYEN ‘PERVERSIONES’, ‘DESVIACIONES’, ‘SUJETOS SEXUALMENTE INCLASIFICABLES’ O ‘ERRORES DE LA NATURALEZA’, COMO FRECUENTEMENTE SE LOS HA DESCRIPTO DESDE VISIONES QUE NO LOGRAN DESPEGARSE DE LA NOCIÓN QUE ASIMILA AL ESTEREOTIPO DOMINANTE COMO PARÁMETRO DE LO ‘DESEABLE’, ‘BUENO’, ‘SANO’ O ‘NORMAL’. SE TRATA, NI MÁS NI MENOS, QUE DE MANIFESTACIONES MINORITARIAS QUE NO HACEN SINO ENRIQUECER LA FANTÁSTICA PLURALIDAD DEL GÉNERO HUMANO, Y QUE -ANTE SU DIFERENCIA FRENTE A LO SOCIAL E INSTITUCIONALMENTE ‘ACEPTADO’ EN LA MATERIA-, SE VEN EXPUESTAS A NUMEROSAS

¹⁶¹ En Mizrahi, Mario (2006) *Homosexualidad y transexualismo*, Buenos Aires: Artrea. Citado en el Fallo Juzgado Nacional en lo civil Nº 9 de la Capital Federal, sentencia del 20/11/2006.

¹⁶² Referencia al fallo de la CN de Apelaciones en lo Civil 31-03-89-J.A. 1990-III-97 con nota del Dr. Germán Bidart Campos, citado en el Fallo del Juzgado de 1º instancia Civil y Comercial Nº 3 de Formosa, sentencia del 20/09/2009.

¹⁶³ En mi tesis de Maestría (*Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas trans*, 2013) desarrollo un análisis de fallos judiciales como fuentes etnográficas correspondientes al período 1989-2011.

Las demandas hacia el Estado que venían presentando en los últimos veinte años, diferentes colectivos LGBTI fueron ingresando en la agenda política y comenzaron a tener respuesta. La primera cuestión a la que se buscó dar solución y que constituía una de las principales demandas de los colectivos, era la regulación del cambio registral de nombre y sexo en la documentación. A fines de 2008 se autorizó el primer cambio de identidad legal y se otorgó nuevo DNI a una persona transexual no operada, a la que tampoco se le exigió hacerlo. Finalmente, cuando terminaba el año 2010 otro mediático caso, luego nombrado judicialmente como la doctrina ‘Florencia Trinidad’, sentó precedentes en nuestro país y en toda América Latina: se hizo lugar a la petición de rectificación de nombre y sexo en los registros documentales a una persona no auto-identificada como transexual, sin exigirle ningún tipo de diagnóstico o intervención corporal, ni pericia médica. De modo que lo que se privilegió, frente al argumento ‘patologizante’ que venía sosteniéndose, fue el derecho a la identidad ‘autopercebida’ de la persona, más allá de cualquier categorización biomédica.

El conjunto de transformaciones que ha experimentado la mirada jurídica en torno a las personas trans no ha sido parejo y existen sectores más ‘progresistas’ y sectores más ‘retrógrados’. Así expresa la diversidad de posturas al interior de la justicia uno de nuestros informantes:

Y... DEPENDE DE QUÉ JUEZ TE TOQUE. HAY DOS O TRES CLASES DE JUECES: UNOS QUE SE LLAMAN ‘CURATOS’, QUE SON LOS DE LA CURIA... DEL OPUS DEI, QUE SON EL 30% DE TODA LA...JUZGADERÍA. OTRO 30% ES ‘ROSA’, QUE SON LOS GAY (QUE NO SON TRANSEXUALES)...QUE

¹⁶⁴Fallo Juzgado en lo contencioso Administrativo y Tributario N° 13 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sentencia del 29/10/2010.

AHÍ PODES ENCONTRAR ALGUNOS MÁS ABIERTOS Y FLEXIBLES. Y HAY UN 30 Ó 40%...QUE SON BUENAS PERSONAS, PERO QUE NO SABEN MUCHO DE ESTO. (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)

Muchas de las prácticas y las identidades, que la justicia trataba de legitimar o deslegitimar, tenían en definitiva, lugar igual con ley o sin ley que las autorice; claro ejemplo de ello son las cirugías de reasignación de sexo que se practicaban en el exterior del país, o la intervenciones ‘caseras’ que se (auto)practicaban muchas personas. El reconocimiento y la legalidad que se les ha otorgado a dichas identidades y prácticas al instituirse, como parte de la reciente sanción de la Ley de Identidad de Género, le dan también status de existencia y legitimidad a ciertos grupos sociales: como las personas trans, transgénero, travestis, los movimientos y organizaciones LGBTI, etc.

Justamente, en este caso, ciertas hendiduras e inconsistencias del sistema normativo y la jurisprudencia, fueron constituyendo grietas abiertas que permitieron comenzar a movilizar el campo social y el campo del derecho. De algún modo, las leyes y la jurisprudencia, se convirtieron en oportunidades abiertas para la propia puesta en crisis de la ley (Fonseca y Cardarello, 2005).

Despatogizando las identidades, politizando las sexualidades

*No vamos a prestarlo a aparecer como enfermas que mendigan un derecho.
Vamos a exigirlo desde una concepción de derechos humanos.
En segundo lugar, no vamos a debatir nuestra identidad con la Iglesia
o con cualquier otra institución que nos mira como al demonio mismo.
Tampoco vamos a discutir con la corporación médica.*

(Lohana Berkins, 2010)

En Argentina la sanción de la ley 26.743 (2012), conocida como Ley de Identidad de Género, constituye un caso paradigmático a nivel mundial en tanto garantiza a las personas que lo soliciten el acceso a una adecuación corporal de acuerdo al género

autopercebido, mediante intervenciones quirúrgicas parciales o totales y terapias hormonales; sin requerir evaluación diagnóstica, ni autorización judicial previa. A través de dicha legislación, el Estado argentino reivindica el derecho a la identidad de género en dos sentidos: en términos jurídicos al autorizar el cambio de nombre y sexo en los registros oficiales y en vinculación al campo biomédico -para aquellas personas que lo requieran- a partir de proveer acceso gratuito a una atención de la salud integral, incluidas intervenciones quirúrgicas y hormonales¹⁶⁵.

Si bien los primeros proyectos datan de 1995¹⁶⁶, recién en noviembre de 2011 entraron en discusión cuatro nuevos proyectos que dieron lugar a un largo proceso de debate¹⁶⁷ (Farjé Neer y Castro, 2012). En el mes de mayo del año 2012 se logró la efectiva sanción de la ley de Identidad de Género, en base al proyecto 8126-D-2010. En ella, el Estado se presenta como garante del derecho a una identidad, cuya “verdad” ya no está anclada en el sexo genital y en el plano biológico, sino que se encuentra radicada en lo más profundo de la intimidad de las personas. El concepto de autopercepción que menciona el texto de la Ley, se vincula con la idea de realización personal, en este sentido, el reconocimiento que se expresa de la diversidad, se refleja en la capacidad de autonomía de los sujetos para la toma de decisiones y el acceso a intervenciones corporales.

Una serie de ejes atravesaron la discusión parlamentaria en el proceso previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género en Argentina. En primer lugar, los debates

¹⁶⁵ Además, la nueva Ley reconoce los tratamientos hormonales y las cirugías de reasignación dentro del Programa Médico Obligatorio, lo que garantiza la gratuidad de las intervenciones en los hospitales públicos, a la vez que la cobertura de esas prestaciones por parte de obras sociales y prepagas.

¹⁶⁶ El “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad”, fue el primero proyecto de ley (G. Green, Partido Justicialista, 1995); le siguieron: “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas” (A. Bravo, Frente País Solidario- FREPASO, 2001), el “Régimen de derechos personales a la rectificación sexual registral” (R. Saredi, Partido Justicialista, 2002), “Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género” (M.J. Lubertino, Partido Socialista, 2003) y finalmente el proyecto de “Ley de Identidad de Género” (S. Augsburg, Partido Socialista, 2007).

¹⁶⁷ El proyecto 7644-D-2010 (presentado por Juliana Di Tulio, Frente para la Victoria con el aval de la Federación LGBT y el Foro de Diversidad Sexual del INADI); el proyecto 7243-D-2010 (presentado por Silvana Giudici, Unión Cívica Radical); el proyecto 8126-D-2010 (presentado por Diana Conti, Frente para la Victoria con el aval del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género); y el proyecto 1879-D-2011 (presentado por Miguel Angel Barrios, Partido Socialista).

rondaron las definiciones de sexo y género como categorías diferenciadas, las vincularon con la noción de identidad y cuestionaron su inmutabilidad. Es de destacar que uno de los criterios esencialistas que primó en los debates fue el de una identidad “atrapada” en un cuerpo, una verdad existencial profunda que se ubica ‘más allá’ del plano biológico. Por otro lado, al abordar los aspectos estáticos (sexo) y dinámicos (género) de la identidad se evidenció una disputa más profunda que nos remite al dualismo naturaleza y cultura. Al momento de la sanción, los diputados y senadores dieron prioridad a la autonomía y la autodeterminación de las personas en detrimento de las ‘verdades naturales’. Algunos de los enfoques deconstructivistas y desnaturalizadores en torno al sexo/género (Butler, Witting, Fausto Sterling, De Laurentis) que circulan desde hace años en la academia como parte de las teorías feministas, los estudios de género y Queer, fueron parcialmente re apropiados por algunos de los proyectos de reforma legislativa y por algunos colectivos militantes. Además, fueron usados para discutir y contrarrestar ciertos argumentos del propio discurso jurídico y biomédico.

En segundo lugar, la Ley se presenta como una especie de reivindicación y ‘compensación’ para un grupo minoritario de la sociedad históricamente estigmatizado, excluido y violentado en sus derechos. En este sentido ha primado en el debate un argumento que ‘victimiza’ a las personas trans y cuyas historias de vida ‘conmueven’ a los funcionarios (Cabral, 2008). Aunque paradójicamente, la mayoría de los proyectos retoman en su fundamentación la definición de identidad de género de los Principios de Yogyakarta y el Informe de Hammarberg (2009), lo que implica una concebir dicha identidad y su expresión como un derecho humano.

En tercer lugar, particularmente en lo que respecta a las intervenciones corporales en menores de edad, las discusiones se centraron en torno a si el Estado debía actuar como garante de los derechos de autonomía y expresión de la propia identidad y el propio cuerpo. En relación a ello, el debate se focalizó en la capacidad y plena conciencia de los menores para tomar esas decisiones, en tanto transformaciones drásticas e irreversibles

de su corporalidad y los riesgos implicados en las mismas (Farjé Neer, 2016). El argumento que primó a la hora de la sanción fue la consideración de las solicitudes expresadas a través del consentimiento personal, en un marco de plena autonomía.

Finalmente, otro de los ejes que atravesaron el debate de la nueva Ley tiene que ver con una de las principales controversias que atraviesa la experiencia trans: la patologización/ despatologización. En este sentido, se planteó por un lado, si la identidad debía ser entendida como una enfermedad o como expresión de las múltiples posibilidades de experimentar el género, el deseo y la corporalidad. Por otro lado, si se aducía que las intervenciones no eran médicamente necesarias, en tanto no consistían en una respuesta terapéutica a una patología, el Estado no tenía por qué ‘cargar’ con los costos de las mismas. Los contra argumentos esgrimidos en torno a esta cuestión se basaron en comparar la experiencia con las de otros colectivos ‘sufrientes’ que habían logrado reconocimiento y cobertura de salud, como los obesos o los celíacos.

Hasta el momento de la sanción de la Ley, algunas personas trans recurrían y se apropiaban—total o parcialmente— de la categorización biomédica de trastorno de identidad de género como una patología psiquiátrica. En tanto ese diagnóstico era un requisito indispensable— y lo sigue siendo en algunos lugares del mundo— para acceder a intervenciones corporales hormonales y quirúrgicas, y para hacer lugar a pedidos legales de cambios de nombre y sexo en los registros oficiales¹⁶⁸. En este sentido resulta interesante recuperar el concepto de ciudadanía biológica (Rose y Novas, 2003), que si bien inicialmente se presenta cargado de ideas de sufrimiento, supervivencia y vulnerabilidad; cuando se incorpora en el análisis la dimensión colectiva se logra comenzar a trascenderlas. “Una minoría ha aprendido a negociar los términos de su inclusión social y económica usando el argumento de la vida” (Petryna, citado en Rose 2012, p. 134). Así una serie de derechos y protecciones toman como fundamento la vida misma, que

¹⁶⁸ Recordemos que el diagnóstico de trastorno de identidad de género (TIG) es la categorización que figuraba en el DSM hasta su cuarta versión revisada (DSM IV-TR, 2000) luego reemplazada por incongruencia de género -con y sin DDS (desórdenes del desarrollo sexual)- en la última versión (DSM V, 2013).

adquiere un nuevo ‘valor’ potencialmente negociable. En esta instancia, patología y sufrimiento se combinan para constituir una argumentación ‘patética’ que expone el cuerpo a la vista de todos, acompañado de un relato biográfico de sí. Es dicha biogémitimidad, la que a partir de un cuerpo sufriente, funciona como habilitante en la búsqueda y administración del ‘tratamiento’ (Fassin, 2003). Los relatos y las representaciones que los profesionales de la salud construyen respecto de las personas trans, los describen como sujetos sufrientes y cuánto más extremo es el sufrimiento y el rechazo del propio cuerpo, más credibilidad y compasión despiertan las narraciones de los pa(de)cientes.

Retomando el análisis de Fassin (2003) acerca de los usos políticos del cuerpo y el modo en que es puesto en escena y en narrativas, como la “única verdad” que tienen los actores para “hacerse valer” en determinado momento, propongo pensar la transexualidad como una experiencia medicalizada y judicializada, en relación a la política del sufrimiento¹⁶⁹. El abordaje de estos ‘casos’ como personas que han sido víctimas ‘aisladas’ de injusticias, se vincula con la idea de una política de compensación y reparación de daños que ya mencionamos, entendida en términos individuales (Pecheny, 2000). Lo que supone situarse en el otro extremo, respecto de lo que implicaría considerar a las personas trans como parte de un colectivo y como efectivos “sujetos de derecho”. En este sentido, Pecheny y de la Dehesa (2009) hablan de despolitización de la sexualidad en tanto se presenta descontextualizada de ciertas relaciones y prácticas específicas, a la vez que como advierten, puede tomar la forma de victimización en relación a la medicalización y/o a la judicialización. Esta perspectiva de la medicalización de la sexualidad como un aspecto puramente negativo y despolitizado, ya ha sido reformulada en otros términos (Rohden, Russo y Giammi, 2014) y coincidimos en que también puede incluir dimensiones positivas. Por ejemplo, las tecnologías médicas aplicadas a la sexualidad promueven el surgimiento de nuevas subjetividades en la esfera del consumo y

²¹Didier Fassin (1999, 2003) plantea un movimiento desde la “política de la piedad” analizada por Hannah Arendt (1963) a la “política del sufrimiento” signada por una introducción del pathos en lo político, una patetización del mundo.

nuevas identidades mediadas por las intervenciones corporales. Así, el emponderamiento de los sujetos en torno al acceso de información y uso de dichas tecnologías, da cuenta de una perspectiva que permite pensar la medicalización como una instancia que habilita el derecho a la identidad y a una corporalidad autopercebida.

En relación a ello, en nuestro país, el proceso de organización y debate previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, así como todas las dinámicas vinculadas a la reglamentación y efectiva implementación en hospitales públicos, movilizó enormemente a las personas trans y a las distintas organizaciones de lucha por los derechos. Las principales organizaciones impulsoras de la Ley fueron el Frente Nacional por la Ley de Identidad de género (FNLID)¹⁷⁰ y la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FAGBLT). En este sentido, hacemos referencia a un proceso de colectivización de las experiencias y de politización de las identidades sexuales¹⁷¹.

Si bien, tal como mostramos, inicialmente el lenguaje biomédico y la emergencia de nuevas categorías diagnósticas promovieron subjetividades patológicas para las personas trans. No es menos cierto, que la paulatina y crecientemente conformación de espacios colectivos de intercambio, organización y lucha, les han aportado- y lo siguen haciendo- un marco de pertenencia grupal; brindando innumerables y valiosas herramientas para la participación y el emponderamiento en la lucha por sus derechos, modelando y politizando dicha subjetividad. En este sentido, podemos identificar un tránsito entre una

²² El frente está conformado por A.L.I.T.T., Cooperativa “Nadia Echazú”, Hombres Trans Argentinos, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación, Futuro Trans, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénika Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR-Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), AMMAR Córdoba, y activistas independientes. Ver <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.ar/>

²³ El antecedente más importante en este sentido es el movimiento *Stop TransPathologization-STP* que viene organizando diferentes actividades con el objetivo de impulsar acciones de despatologización trans. Inicialmente, las primeras campañas surgieron de activistas españoles y a partir del año 2009 la plataforma virtual¹⁷¹ cobró relevancia internacional incorporando progresivamente más de 370 redes y organizaciones de los cinco continentes. Particularmente en la Campaña SPT-2012, en coincidencia con el proceso de discusión y producción de la 5° versión del DSM, se han planteado marchas simultáneas en distintas partes del mundo con la consigna de eliminar definitivamente cualquier categorización biomédica para la transexualidad; proponiendo a la vez, un nuevo modelo relacional entre profesionales, tecnologías y personas trans.

situación individual y despolitizada, a una instancia posterior de creciente politización en el marco de una experiencia colectiva más amplia.

Además, la sanción de la Ley 26.743 trajo aparejadas otras cuestiones como la inclusión del tema de las diversidades sexuales en la agenda pública –lo que otorgó gran visibilidad a distintas organizaciones LGBTI-, a la vez que volvió imprescindible la implementación de estrategias que permitieran garantizar ese acceso a una atención de la salud integral y no patologizante en términos reales¹⁷².

La experiencia transexual ingresa en la agenda política

Durante el proceso de discusión de los diferentes proyectos y la efectiva sanción de la Ley, se inició una mediatización del fenómeno transexual, el tema de la atención de la salud trans se instaló en la sociedad y en la agenda política del gobierno y de las organizaciones LGBTI del país. Así, en este apartado identificamos una serie de respuestas político-institucionales en el cruce entre políticas públicas, sexualidad y salud en el contexto local. Si bien inicialmente, nuestro trabajo de campo estuvo centrado en profesionales de la salud de diferentes especialidades que brindaban atención de la salud a personas trans; en la segunda etapa de trabajo, decidimos además, incluir a algunos funcionarios y gestores de organismos públicos que trabajaron como articuladores y auspiciaron el trabajo interdisciplinario entre diferentes equipos de salud, especialistas y organizaciones sociales. Habilitando tanto espacios de formación como financiando la publicación de los primeros manuales y protocolos de atención “oficiales” que, en concordancia con la Ley, plantean un abordaje de la experiencia trans no patologizante y promueven una atención de la salud integral.

²⁴ En Argentina, un antecedente importante en vinculación con una mirada despatologizante es la sanción de la Ley 26.657 de Salud Mental (2010) que en su artículo 3° inciso d) prohíbe hacer diagnósticos en el campo de la salud mental sobre la base de la identidad de género y de la identidad sexual.

En cierto sentido necesitamos des-hacernos para que seamos nosotros mismos: precisamente ser parte de un extenso tejido social para crear a quién somos nosotros. Esta es sin duda la paradoja de la autonomía, una paradoja que es intensificada cuando las regulaciones de género funcionan para paralizar la capacidad de acción del género en varios niveles. Hasta que esas condiciones sociales hayan cambiado radicalmente la libertad requerirá, no-libertad y la autonomía estará enredada en la sujeción. (Butler, 2009, p.122)

Los derechos se transforman porque “un impulso de insatisfacción crítica los moviliza” (Fonseca y Cardello, 2005). El proceso de discusión y la formulación de distintos proyectos de ley son el resultado de negociaciones que ubican al Estado como interlocutor, respecto de las demandas y estrategias de los colectivos y organizaciones. Se redactaron y presentaron a consideración cuatro proyectos de Ley de diferentes partidos y organizaciones políticas que acompañaron las demandas de diversos colectivos y militantes. La Ley de Identidad de Género debe analizarse como producto de la conquista de un espacio de visibilización y escucha para las voces de los sujetos- colectivos que reclaman participación en los procesos de producción de categorías y en la toma de decisiones.

Sostenemos que las recientes transformaciones en la legislación argentina no deberían analizarse exclusivamente como un producto de circunstancias ‘externas’ a las que el Estado busca dar respuesta, en este caso la demanda de los colectivos *trans* y las organizaciones LGBTI. Por el contrario, tal como hemos propuesto, debe contemplarse un análisis que incluya las disputas interinstitucionales y entre campos de saber-poder diferenciados; el ‘hueco’ en la legislación sobre el tema, que ha obligado a elaborar respuestas específicas y particulares ante cada nueva presentación judicial; y una serie de (paulatinas) transformaciones en las concepciones en torno a la identidad de género, la libertad de elección y la autonomía de los sujetos, entre otras. En este sentido la sanción

de la Ley 26.743 sólo puede comprenderse como el producto de un proceso histórico de luchas y reivindicaciones en el que nuestro país representa marcados avances respecto del resto de Latinoamérica.

NÚCLEOS DE ESTABILIZACIÓN EN RELACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. SALUD Y SEXUALIDAD

Tal como profundizamos en el capítulo III, las rutinas y dinámicas de atención se han visto transformadas a partir de las nuevas normativas. Paralelamente, dichos cambios fueron acompañados y apuntalados con una serie de estrategias que promovió el Estado como parte de las respuestas políticas hacia el tema, particularmente luego de la reglamentación del artículo 11º de la Ley de Identidad de Género.

Ozlak (1980) propone recuperar una definición de políticas públicas en sentido amplio, lo que habilita a contemplar diferentes grados de articulación entre objetivos y regulaciones normativas. Además, permite no hacer diferencias entre “políticas” – programas de acción de limitada duración, provisión de servicios o intervenciones particulares-, y tareas permanentes que desarrollan las burocracias públicas. Enunciar y definir una política pública es una opción abstracta -en tanto de algún modo expresa la opinión oficial del Estado respecto de una controversia social- lo que se define es el “sentido” de las acciones; es decir que, entre la formulación y la concreción de la acción existe una distancia (el trecho que tan bien conocemos los antropólogos, y que diferencia aquello “que se dice sobre lo que hace”, de aquello “que efectivamente se hace”). Finalmente, al analizar el proceso de implementación es necesario contemplar una dimensión externa a la burocracia estatal, en tanto ese proceso de materialización afecta a los actores de la sociedad civil, cuyo comportamiento condiciona a su vez, los alcances de la acción.

En lo que respecta a las políticas públicas en relación a las sexualidades, estamos pensando en procesos de distribución de ventajas, exenciones y libertades para

determinados sectores de la población. Y la discusión que ello trae aparejado respecto de si otorgar o no ciertos privilegios, o para el caso analizado, “atención diferencial” de la salud. Coincidimos con el planteo de Jelin (1996) de que las políticas públicas contribuyen a la definición y los contenidos de la ciudadanía, en tanto vehiculizan mecanismos de inclusión/ exclusión de determinadas categorías de personas dentro de la comunidad política, es decir, favorecen una delimitación de los asuntos y sujetos dignos de la atención del Estado y la deliberación pública.

Como ya mencionamos, un antecedente ineludible en materia de política sexual en Argentina es la ley de matrimonio igualitario (Ley 26.618) sancionada en 2010, que modifica los artículos del Código Civil que especifican que el matrimonio debe conformarse por un hombre y una mujer. Esta Ley debe analizarse como parte de un conjunto más amplio de normativas que aspiran a promover la no discriminación de los colectivos LGBTI y la igualdad de género como es el caso de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) sancionada en 2002 y la ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150) sancionada en 2006. Esta reforma legislativa se enmarca en las particularidades que ha adquirido la política sexo-genérica en el contexto del período de gobierno conocido como “kirchnerista” (2003-2015).

En sintonía con el recorrido que planteamos inicialmente acerca de los derechos, las sexualidades y la diversidad, podemos identificar como principal antecedente las políticas de salud focalizadas que surgieron como respuesta de los estados nacionales, respecto de la epidemia de HIV/Sida en los años ‘90¹⁷³. Aunque inicialmente dichas políticas estuvieron preconizadas por el Banco Mundial (Proyecto Lusida) y otros organismos internacionales, repercutieron positivamente en el activismo del movimiento LGBTI y en la vinculación y organización política de personas viviendo con HIV. Sin

¹⁷³ Para ampliar ver: Pecheny, M. (2000) La salud como vector del reconocimiento de derechos humanos: la epidemia de SIDA y el reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. En A. Domínguez Mon, *et. al. La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, pp. 199 – 215, Buenos Aires: Dunker.

embargo, tal como afirman Pecheny y de la Dehesa (2009), estos procesos también favorecieron lógicas ambiguas, reforzando por un lado la victimización, visibilizando/invisibilizando actores; a la vez que haciendo lugar a una “ciudadanización” y reconocimiento, pero basado en la precariedad, la vulnerabilidad y la victimización de ciertas identidades.

El escenario argentino de la diversidad sexual, la salud y los derechos. Estrategias

Si bien como mencionamos, el campo de la sexualidad y los derechos se ha presentado históricamente fuertemente vinculado al ámbito sanitario, planteamos que éste puede funcionar como la puerta de acceso a otras instancias, en tanto favorece la visibilización y el reconocimiento de ciertos colectivos.

En nuestro país, la creación de la Dirección de SIDA y ETS en el año 2008 supuso mucho más que la implementación de una política focalizada, implicó la puesta en marcha de un equipo multidisciplinario que preconizó diferentes líneas de trabajo: investigaciones como dispositivos de gestión (Weller, 2004), centralización de estadísticas, control de la epidemia a través de estrategias de prevención, atención y tratamiento a personas infectadas, etc. Así logró avanzarse en distintas áreas a través del apoyo y financiamiento del Banco Mundial (Lusida), Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, OPS, ONUSIDA¹⁷⁴ y UNFPA, siempre en vinculación con organizaciones de la sociedad civil.

Principalmente, analizaremos brevemente parte del trabajo realizado por el componente de Diversidad Sexual del Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS, focalizado en garantizar el acceso a la atención de la salud a personas LGBTI. La estrategia privilegiada ha sido la de crear y fortalecer el funcionamiento de “consultorios amigables” en distintos puntos del país a partir del año 2010, aunque entre los años 1992 y 2009 ya se

²⁶ El programa conjunto de Naciones Unidas sobre HIV/SIDA fue creado en 1994 y apoya distintas líneas de trabajo— investigación a través de la financiación de proyectos, políticas y programas, tanto a nivel de los países miembros como de distintas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en vinculación con la temática.

habían conformado y estaban en funcionamiento tres espacios de atención. Actualmente existen más de veinte consultorios amigables que funcionan en distintas partes del país.

Los consultorios se presentan como una política que se pone en marcha a partir de las inquietudes de los propios equipos o de organizaciones LGBTI, que luego reciben asesoramiento, apoyo y en algunos casos financiamiento de la Dirección. Entre las particularidades que hacen al funcionamiento de los consultorios, se plantea un trabajo de conjunto entre profesionales de la salud en vinculación con alguna organización LGBTI de la sociedad civil. A través de una serie de estrategias se apunta a facilitar el acceso a la atención de la salud a personas LGBTI. Por ejemplo, habilitar un horario de atención nocturno o de tarde, promoción y turnos de atención a cargo de integrantxs o colaboradorxs de la organización LGBTI, profesionales de salud interesados y/o capacitados en temáticas de diversidad sexual, etc. Todo ello hace que estos espacios de atención se perciban como “amigables”, en tanto sus características y las personas que trabajan allí favorecen el ingreso y la permanencia, en detrimento de la expulsión y la discriminación, que son las dinámicas institucionales habituales. Los consultorios se iniciaron ofreciendo testeos, medicación antirretroviral y controles en el tratamiento de HIV-Sida, y paulatinamente fueron incorporando otras inquietudes que planteaba la población destinataria. Actualmente –en el marco de la Ley 26.743- ofrecen asesoramiento y fármacos en terapias hormonales ‘cruzadas’ en vinculación con las intervenciones corporales que solicitan algunas personas trans. En este sentido, consideramos esta estrategia como pionera, y como un antecedente ineludible en el análisis de las políticas públicas y la sexualidad, en relación al campo de la salud.

Hacia un proceso de democratización del acceso a las tecnologías biomédicas. La “apertura” a otras voces

La búsqueda de conocimiento requiere de políticas democráticas y participativas. Si éste no fuera el caso, sólo las elites de género, raza, sexualidad y clase que predominan en las instituciones de búsqueda de conocimiento,

tendrán la oportunidad de decidir cómo plantear sus preguntas de investigación y tenemos suficientes razones para sospechar de la localización histórica desde dónde tales preguntas serán de hecho planteadas.

(Sandra Harding, 1991)

En el año 2015, con la efectiva reglamentación de la Ley 26.743, a través del Ministerio de Salud se vehiculizaron algunas estrategias específicas para lograr garantizar el acceso a una salud integral y de calidad para las personas LGBTI. En este sentido, desde la Línea de diversidad del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable se trabajó activamente en distintos frentes: convocatoria a profesionales y equipos que venían trabajando en hospitales públicos, sensibilización de los trabajadores de la salud en temáticas de diversidad sexual y derechos, convocatoria a distintas organizaciones trans para participar del proceso de toma de decisiones, compra y suministro de hormonas en las farmacias de los hospitales y diseño, redacción y publicación del primer protocolo de atención en el país.

Así, inicialmente, se convocó y se reunieron en varias oportunidades profesionales de distintos puntos del país que brindan atención a personas trans con la intención de favorecer la comunicación y el intercambio de experiencias. Dichas instancias fueron fructíferas oportunidades para la conformación de algunos nuevos equipos de atención, así como para favorecer espacios de capacitación. Las particularidades de la experiencia trans y su abordaje en los espacios públicos de salud, ha estado marcada por la escasa información y por un número muy reducido de especialistas.

Las capacitaciones –aunque escasas- han focalizado en dos ejes temáticos: la sensibilización y formación en temáticas de diversidad sexual (aspectos vinculados a la identidad de género, la orientación sexual, la heteronormatividad, las prácticas sexuales, etc.); y el adiestramiento en técnicas quirúrgicas vinculadas a las cirugías de reasignación, en este caso destinadas particularmente a urólogos y cirujanos. Esta última cuestión ha permitido que los escasísimos cirujanos ya “formados” (a partir de instancia de

autoformación y del adiestramiento con especialistas en el exterior) capaciten a nuevos “discípulos” en distintas regiones del país.

Por otro lado, desde el Ministerio de Salud, en el año 2014 se gestionó la compra de una primera partida de hormonas, aunque con muchas demoras en trámite del expediente. Paralelamente, la provisión de hormonas, prótesis para las intervenciones quirúrgicas y solicitudes para viáticos y estadías (en el caso de personas que requieren atención y viven en el interior del país) se han canalizado principalmente a través de la Coordinación Nacional de Diversidad Sexual, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.

Además, recientemente, se avanzó en la redacción y publicación del primer protocolo de atención para equipos de salud del país: *Atención de la salud integral para personas trans. Guía para equipos de salud* (2015). Una instancia que se hizo inminentemente necesaria con la efectiva reglamentación de la Ley, en 2015 y que cuenta con dos antecedentes importantes: la guía: *Aportes para pensar la salud de las personas Trans*, producida y editada por el Colectivo Capicüa Diversidad (2014) y *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local* (2012), producido por el Área de Diversidad Sexual de la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud de la ciudad de Rosario.

Para esta tarea se convocó a distintas organizaciones y colectivos LGBTI del país¹⁷⁵, además de contar con integrantes de algunos de los equipos de profesionales que brindan atención en los hospitales y funcionarios del Ministerio de Salud, particularmente de la Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La experiencia favorece una dinámica de

²⁷ Desacuerdos al interior del colectivo y disputas entre diferentes organizaciones impidieron que todos los sectores convocados participaran efectivamente. Puesto que, tal como analiza Pecheny (2000), existe una marcada fragmentación y lucha de intereses al interior del colectivo LGBTI, favorecida por una marcada exacerbación de las diferencias y reivindicaciones particulares, además de una competencia por los recursos materiales y financieros que provee tanto el Estado como otros organismos.

participación de los actores destinatarios, además de que habilita proceso de co-producción de conocimiento entre militantes, profesionales de la salud y funcionarios públicos. Lo que se visibiliza en la utilización de ciertas categorías o modos de referencia, que fueron reemplazados por otros que se venían utilizando anteriormente.

En lo que se refiere al modelo de atención que propone la Guía se plantea, por un lado, el reconocimiento de una multiplicidad de expresiones e identidades de género, a la vez que, de las singularidades en los modos de vivenciar y expresar los géneros. Por otro, el enfoque es despatologizante, promueve una atención centrada en la autonomía de las personas, considerándolas sujetos activos de derechos. A la vez, se propone una atención integral que incluya pero no se limite a las demandas vinculadas a terapias de intervención corporal. Finalmente, es de destacar que en el ámbito sanitario un documento público como el Manual utilice la "x" para reemplazar el uso de las personas él/ella y los artículos la(s)/los, a la vez que supone un cuestionamiento a los dualismos que éstos expresan.

Identificamos una paulatina transformación de la lógica de producción de categorías y conocimiento, así como del funcionamiento de éstas como condicionantes para el reconocimiento del derecho a la atención de la salud y el acceso a tecnologías de intervención corporal, mediadas por el saber biomédico. En este sentido, las definiciones diagnósticas, las intervenciones tecnológicas y las prácticas de atención comienzan a incluir no sólo a los profesionales de la salud (médicos clínicos, urólogos, cirujanos, psiquiatras, entre las principales especialidades médicas implicadas); sino también a las personas que demandan atención y que son portadoras de una serie de capacidades, experiencias y saberes acerca de lo que ellas mismas experimentan y desean, reconociéndole de este modo 'su parte' en la responsabilidad respecto de la (de)construcción de categorías diagnósticas, de la toma de decisiones y las elecciones respecto de las intervenciones corporales.

COLECTIVOS COGNOSCENTES QUE DISPUTAN EL MONOPOLIO DE LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y LAS DINÁMICAS DE LAS INTERVENCIONES

Pretendemos dar cuenta de procesos que identificamos como ‘de apertura’ y que han tenido lugar en diferentes escenarios en los que se produce conocimiento ‘experto’-tanto en el campo biomédico, como en el campo jurídico y el de las políticas públicas-respecto de la experiencia y de las personas trans. Así, identificamos instancias en las que los propios sujetos comienzan a visibilizarse y a tener voz propia; plantean sus posturas, se organizan, negocian los espacios de enunciación y circulación del conocimiento, dando lugar a dinámicas de co-producción, entre legos y expertos; a la vez que habilitan un proceso tendiente a la democratización del acceso y uso de las tecnologías biomédicas.

Sostenemos, que en lo que respecta a la construcción de categorías diagnósticas para personas trans, dichos sucesos ponen de manifiesto una ruptura en torno a las lógicas tradicionales de producción de conocimiento. Personas trans y colectivos militantes se han hecho presentes en la escena política disputando la producción de categorías diagnósticas, cuestionando el punto de vista de los expertos y reclamando voz propia, para negociar nomenclaturas e intervenir en la toma de decisiones sin la tutela de la ciencia. En este sentido, puede plantearse un proceso de apertura respecto de quiénes son las voces ‘autorizadas’; reconfigurando las posiciones de experticia (Epstein, 1996) y tensionando la clásica dicotomía experto/lego. A partir de un proceso de negociación de los espacios de enunciación, los sujetos-colectivos emponderados luchan por la construcción de una identidad política activa no patologizante. De este modo, las lógicas de producción de categorías y la ‘cajanegrización’ que las instituyen quedan develadas, dando lugar a su cuestionamiento y habilitando otros modelos posibles de atención de la salud a la vez que, un acceso a las tecnologías más democrático.

Por otro lado, en lo que respecta al impacto de la democratización de los procesos de producción de conocimiento en la subjetivación de lxs ‘pacientes,’ además de las tecnologías y los desarrollos científicos en sí, las personas mejoran sus experiencias y clarifican lo que ‘les sucede’. Adquieren más información respecto de la posible evolución

y aprenden a vincular la experiencia individual o las relaciones sociales, con los datos biológicos en una relación dinámica. Este discurso combina lo biológico y lo social para producir lo que Paul Rabinow (1996) llama biosociabilidad. La identidad individual y del colectivo, de la que el sujeto pasa a ser un miembro, se configuran simultánea y mutuamente. En un “vuelco simétrico”, los especialistas y profesionales que participan de estas relaciones se ven empujados a considerar “el punto de vista del paciente”¹⁷⁶. Lo que repercute también, en la conformación de la subjetividad y la carrera de los propios profesionales. Cuando los profesionales, en su rol como autoridad médica, dan reconocimiento y voz a las personas trans, transforman su propia comprensión del género, del deseo y del cuerpo. (Butler, 2010)

Sujetos emponderados, pacientes ‘expertos’ y disputas en torno al conocimiento

Las cuestiones vinculadas a la relación entre profesionales y no-profesionales, expertos y legos –especialmente en la producción y difusión del conocimiento- ha recibido poca atención desde el punto de vista empírico y teórico. Sin embargo, cada vez más pacientes se presentan en los consultorios demandando atención o ciertas estrategias terapéuticas, producto de una búsqueda ‘autodidacta’ de conocimiento. La búsqueda activa de conocimiento científico, se vuelve significativa en el campo de la salud, la enfermedad, la medicina, la genética y la farmacología,- lo que que Rabinow (1994) ha denominado “la tercer cultura”- en el que la vitalidad y el bienestar de un individuo o de aquellos a quienes debe cuidar está en riesgo.

En el campo de la atención sanitaria, distintos autores subrayan el relevo del tradicional paradigma del paternalismo médico por un reconocimiento al rol de ‘lxs

¹⁷⁶A partir de un juego de palabras hacemos alusión indirectamente a los aportes que los desarrollos en el campo de la antropología, podrían hacer a esta perspectiva de análisis. Bruno Latour (1993) *Nunca hemos sido modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Madrid: Debate Y, "Desde el punto de vista del nativo": sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. En: Geertz, Clifford (1994) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós, Barcelona.

pacientes' como partícipes activos e informados respecto de su propio proceso de salud. Este nuevo paradigma es conocido como "atención centrada en el paciente" (Ponte, Conlin, Conway, 2003). En el mismo sentido, Annemarie Mol (2008) sostiene que esta nueva y doble lógica de elección y cuidado se encuentra vigente en la práctica médica contemporánea, en el marco de los cambios económicos y políticos que afectan los sistemas de salud. Ello habilita a 'lxs pacientes' a tomar más decisiones, respecto de con quién atenderse, dónde hacerlo y elegir que tecnologías y tratamientos utilizar. A la vez que los grupos de apoyo y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, sirven de ayuda para compartir experiencias e incrementar conocimientos. En este sentido, Internet, a través de páginas web, blogs y foros de pacientes/usuarios, viene jugando un rol fundamental tanto en lo que respecta a la democratización de la producción de conocimiento, como a la circulación de éste. No sólo se brinda acceso a material difundido por profesionales, también se accede a las auto-narrativas escritas por las propias personas que atraviesan experiencias de malestar. En muchos de estos espacios se puede obtener una narrativa diferente de la vida con un padecimiento, desde cuestiones relacionadas al manejo del cuerpo, el efecto y/o el daño de ciertas opciones terapéuticas, hasta consejos y estrategias para negociar el acceso al sistema de salud pública.

Varios profesionales se refieren a lxs 'pacientes', como personas 'bien informadas' respecto de lo que les sucede y de las opciones terapéuticas que puede ofrecerles la medicina.

ACÁ YA VIENEN TODOS MEDICADOS, SABEN MÁS QUE NOSOTROS DE MARCAS Y DOSIS. ELLOS QUIEREN QUE LES HAGA LA RECETA Y LISTO...PERO YO NO... PRIMERO TE HACES EL CHEQUEO Y VAMOS VIENDO DE A POCO... (EVA, ENDOCRINÓLOGA)

Podríamos identificar una especie de actualización democrática de la caracterización tradicional y jerárquica de los roles de enfermo y médico (Parsons, 1984)

en la que el contrato implícito que se celebra entre médico y ‘paciente’ resulta redefinido, y éste último se emancipa como ‘ciudadano’. Esta perspectiva se corresponde con algunas características de lo que Rose (2003) llama “ciudadanía biológica”, en la que el sujeto se hace cargo del curso de acción de su salud a través de sus elecciones, dando lugar a una “responsabilidad corporal”. Sin embargo entendemos que tanto en la versión del paciente-consumidor, como en la del paciente-ciudadano se soslaya una controversia, ya planteada por los estudios de CTS, a los principios liberales y a los supuestos de autonomía y libre elección del individuo, a los principios liberales y a los supuestos de autonomía y libre elección del individuo, sobre los que ambas facetas se sustentan.

ANTES HABLABA DE TRANSEXUALISMO, PERO LOS PROPIOS TRANSEXUALES ME DIJERON QUE LES MOLESTABA EL TÉRMINO, QUE LO ADECUADO ERA HABLAR DE TRANSEXUALES O TRANSEXUALIDAD. ESTÁ SURGIENDO UN NUEVO MOVIMIENTO, EL MOVIMIENTO TRANS QUE REIVINDICA LA IDEA DE QUE LA SEXUALIDAD GENITAL NO SE CONDICE NECESARIAMENTE CON LA SEXUALIDAD PSÍQUICA, QUE PUEDE IR POR DIFERENTES CARRILES. AUNQUE LAS CAUSAS TODAVÍA NO SE SABEN... (AUGUSTO, URÓLOGO Y CIRUJANO)

Sostenemos que esta actitud que presentan las personas trans, y que los profesionales de la salud califican como “pacientes bien informados”, se encuentra vinculada a la conformación de espacios colectivos de intercambio y organización, que aportan a estas personas un marco de pertenencia y brindan herramientas para la participación y el emponderamiento en la lucha por sus derechos.

ME DICE “ME DIJO FULANITO DE LA...”, PORQUE ADEMÁS ES UN GRUPO QUE ESTÁ MUY POLITIZADO, ENTONCES, “DE LA ASOCIACIÓN TAL O DE LA ASOCIACIÓN TAL QUE POR QUÉ NO ME DAN LA NEBIDO, QUE QUÉ SÉ YO, QUE QUÉ SÉ CUÁNTO”. ENTONCES, POR ESO DIGO, YO ESTOY DISCUTIENDO CON UN FULANITO QUE NO TIENE NADA QUE VER CON EL ÁMBITO MÉDICO, PERO TAMPOCO LE PODÉS DECIR ESO PORQUE TAMBIÉN VES, ASÍ COMO VIENEN, QUE TE VIENE LA PACIENTE CON TODO LO QUE LEE EN INTERNET (PAULA, GINECÓLOGA Y ENDOCRINÓLOGA)

Análisis de los procesos de Co- producción de conocimiento y Co-gestión del tratamiento

No es posible imaginar un cuerpo universal de conocimientos que determine explícitamente lo bueno y lo malo, lo normal y lo patológico y que se aplique a cada sujeto en nombre de un saber científico-válido. Entre las personas que visitan los consultorios las opciones de diagnóstico y tratamiento siguen caminos muy distintos, de acuerdo a las inquietudes personales, el grado de malestar que cada uno experimenta, los deseos y expectativas respecto de las intervenciones corporales, etc.

En los procesos de atención entran en juego signos, síntomas, ‘índices’, malestar y otras experiencias que se refieren a un cuerpo, lo atraviesan, a la vez que lo exceden en un plano diacrónico, que es el transcurso de la vida misma de los sujetos. En este sentido, es difícil pensar la atención como un ejercicio ‘aislado’ de gestión, o un acto ‘individual’ de elección, por parte del ‘paciente’/usuario y de implementación /ejecución por parte de los médicos. Mol (2008) utiliza el término *co-doctoring (shared doctoring)* que condensa los esfuerzos por democratizar el conocimiento experto, compartir experiencias y sostener una práctica de intervenciones compartidas en lo que respecta a la atención de la salud (2008, p.56). En este sentido, el concepto de *co-doctoring*, pretende dar cuenta de aquellos procesos atravesados por una actitud colaborativa entre las personas que concurren a los consultorios y los profesionales, con una actitud abierta y receptiva de éstos últimos hacia las propuestas, saberes y experiencias de los ‘otros’.

Desde ciertas versiones, las tecnologías se presentan paradójicamente naturalizadas, como instrumentos ‘operativos’ y ‘neutrales’ (Roca y Dellacasa, 2012). Es decir, como medios, para lograr ciertos fines. Sin embargo, las tecnologías no son ni neutras, ni absolutamente predecibles. Una vez introducidas en el espacio en el que interaccionan con otras entidades y configuraciones, inesperadamente cambian más cosas de las previstas y a la vez se modifican ellas mismas. En lugar de ser simples medios, son creativas mediadoras (Latour, 2001). Rápidamente en el consultorio, queda claro que las

tecnologías no son obedientes: pues rara vez se subordinan a los fines oficiales (Mol, 2008). Desde el momento que las tecnologías pasan a formar parte de la vida y se inmiscuyen en la cotidianeidad de las personas, ya no pueden pensarse aisladamente. Los pacientes, aprenden a convivir con entidades no-humanas, que perciben como partes de ellos mismos.

Más allá de un posicionamiento crítico a la biomedicina, a la visibilización del monopolio y los dispositivos de poder bajo los que opera, nos proponemos tensionar los ensamblajes entre profesionales, legos, máquinas, objetos, edificios e institucionalidades que dan forma al campo de la salud y la intervención sobre la enfermedad, con las consecuentes puestas en práctica que conllevan. Tal como se presenta en la propuesta de Latour (2004) la red está compuesta tanto por objetos como sujetos, que interactúan en forma compleja y cambiante, y que provocan efectos que obligan a redefinir a otros humanos y no humanos orgánicos y tecnológicos. A partir de nuevas formas de interacción entre tecnología y sociedad que se proyectan en el campo de la atención y de las tecnologías aplicadas al cuerpo y a la salud; la perspectiva que presentamos, atribuye un rol activo al sujeto en su relación con los profesionales, los procedimientos y las tecnologías; ya que las utiliza y genera modificaciones actuando sobre ellos y sobre sí mismo en su búsqueda por alcanzar el bienestar. Se presenta como un “actor flexible y resiliente que se esfuerza por alcanzar toda la salud que el malestar permita” (Mol, 2008, p.28). Tal como analizamos en este trabajo, las demandas colectivas que son producto de luchas y procesos más amplios de organización y movilización política imprimen características particulares a las condiciones y actores sociales que las posibilitan. La emergencia de sujetos que proponen una definición propia de sus experiencias y plantean soluciones en la medida que las consideran adecuadas, evidencia una matriz política que atraviesa la experiencia y el cuerpo individual. Una subjetividad colectiva, agenciada en la lucha y la capacidad de producción de identidades cuerpos y conocimientos ‘en situación’. En este sentido, la elección y la autonomía se proyectan no desde una posición de

ciudadanía que obvia la corporalidad en el modelo de sujeto autónomo y racional, sino precisamente en un ejercicio de reivindicación del cuerpo. Es el cuerpo el que se convierte en un campo de batalla y es la figura de intervención.

Los 'bárbaros', los 'inclasificables' construyen sus propias categorizaciones y ordenamientos, se nombran a sí mismos, y establecen otras dinámicas de producción y legitimación del conocimiento que trascienden el ámbito científico para situarse más allá, volviendo evidente la arbitrariedad de nuestras propias clasificaciones (Roca, 2011)

Conclusiones

305

Ciencia, política pública, deseos, derechos humanos, cuerpos, leyes, genes, bisturíes, instituciones, tests, economía, microscopios, militantes, hormonas, protocolos, identidades y tecnologías -entre muchas otras cosas- se entretajan en una madeja híbrida, incongruente, diversa; y sin embargo todos esos fragmentos están ahí, comprometidos en la misma historia.

RECAPITULANDO

Iniciamos esta tesis con el propósito de trazar una cartografía de las principales controversias que atraviesan la experiencia trans, particularmente en lo que respecta a la patologización y medicalización. Presentamos el trabajo organizado a partir de tres dimensiones de análisis que buscan poner en diálogo el contexto global y lo local.

En la primera dimensión de *las genealogías globales*, sostenemos que el fenómeno de la transexualidad es propio de la cultura occidental y producto de la mirada científica sobre el cuerpo y la sexualidad. En este sentido nos planteamos reconstruir las diferentes categorizaciones construidas en torno a las sexualidades ‘anormales’.

Planteamos que fueron los desarrollos en biociencias, particularmente en biomedicina y en relación a las tecnologías médicas, las que habilitaron a pensar la transexualidad como una experiencia medicalizable. A la vez, la posterior introducción del concepto de género habilitó a construcción de la ‘transexualidad’ como una entidad nosológica diferenciada, que una clase particular de personas podía tener o contraer. No podemos dejar de resaltar cómo a lo largo del análisis histórico de los cuerpos y la racionalidad biomédica, se hace presente una repetida retórica en torno a la ‘verdad’ y la ‘falsedad’ de los cuerpos, los sexos y los géneros. La desenfrenada e interminable búsqueda de la biomedicina por hallar un signo, un ‘marcador’, una huella que remita a un ‘sexo verdadero’, anterior, único, esencial, fue trasladando el foco de la mirada de la genitalidad, a los fluidos corporales, de los marcadores bioquímicos de las hormonas a los genes y desde allí a la estructura cerebral.

En la segunda dimensión abordamos las narrativas disciplinares y los linajes teóricos, a partir del análisis de un corpus de producción bibliográfica identificamos dos grandes trayectorias –la postura ambientalista y la innatista.– Dichos linajes han dado lugar a la construcción de dos teorías en torno a la etiología de la transexualidad que reflejan una controversia más profunda entre lo innato y lo adquirido. A la vez que han

promovido diferentes modalidades de abordaje terapéutico en lo que respecta a la medicalización de la experiencia. En este apartado también focalizamos el análisis en los procesos y las características de cada una de las trayectorias, mostrando de qué modo construyen los datos, la evidencia, la relación con los objetos/sujetos de investigación, etc. En esta dimensión evidenciamos los vínculos entre ciencia y sociedad a partir de reconstruir las modalidades respecto de las que el conocimiento se produce en relación a determinados contextos, instituciones y en definitiva a partir de ciertos sentido sociales y políticos.

En la tercera dimensión buscamos poner en diálogo las trayectorias, los discursos y las categorizaciones con el campo empírico. Para ello recurrimos al trabajo de campo donde los profesionales de salud interactúan cotidianamente con personas trans que solicitan atención. En relación a lo trabajado en la dimensión anterior recuperamos un conjunto de ‘teorías nativas’ acerca del ‘origen’ de la transexualidad que formularon los profesionales entrevistados y que enmarcamos en una necesidad de búsqueda etiológica, propia de la racionalidad biomédica. Postulamos que las limitaciones para poder definir una ‘causa’ y/o la falta de ‘certeza’ funcionan no sólo como espacios que generan incertidumbre, sino que además ponen en cuestión el rol que debe jugar la medicina ante estos ‘casos’. Al remitir el análisis a las rutinas y dinámicas de atención hospitalarias, evidenciamos la desarticulación en el abordaje que presenta el dispositivo médico de la ‘transexualidad’. A la vez que identificamos diversas caracterizaciones que construyen los profesionales respecto de las personas que concurren a los consultorios en busca de atención y un conjunto de decisiones que toman respecto de las intervenciones corporales que ‘aplicarán’.

Dentro de esta misma dimensión, en un segundo momento abordamos un análisis de las tecnologías de intervención corporal. Luego de trazar un recorrido teórico por dos grandes paradigmas: el protésico y el molecular, presentamos la propuesta del transhumanismo y evidenciamos la débil frontera entre normalización

enhancement. Trasladando dicha discusión al plano empírico, mostramos cómo se negocian y materializan algunas de las intervenciones corporales en los hospitales. Más allá de describir los procesos técnicos, buscamos visibilizar las dimensiones políticas que atraviesan dichas intervenciones, a la vez que los sentidos que se construyen en torno a ellas. En este sentido, planteamos que desde la biomedicina la batería de opciones terapéuticas que se despliegan tiende a reproducir un orden dimórfico que busca hacer coincidir cuerpos, conductas estereotipadas y deseos.

Nuevamente, la retórica de la ‘verdad’, se entremezcla en la experiencia trans con la ‘ficción’ (cuerpos ficticios), la invención (creación artificial de un cuerpo), la ilusión y el engaño (cuerpos que engañan, falsos transexuales). “Así es el juego de la verdad y la ficción – o de la constatación y la fabricación, permitirá poner claramente de relieve lo que nos liga (...) a nuestra modernidad y, al mismo tiempo, nos lo mostrará modificado”, reflexiona Foucault (1980, p. 26). Hay un ‘núcleo de la verdad’ que debe ser reconocido. A la vez, en la economía del engaño, lo inestable, lo ficticio, lo artificial de esos cuerpos debe ser estabilizado de una vez y para siempre.

En el último tramo de este trabajo recuperamos una serie de sucesos que marcan instancias de estabilización y desestabilización de algunas de las controversias planteadas respecto de la categorizaciones, el marco legal y las políticas públicas. En estos hitos el movimiento LGBTI y las personas trans han tenido una presencia preponderante a la hora de hacer oír su propia voz y explicitar su postura.

Algunas reflexiones finales

*En las controversias acerca de la tecnología
y la sociedad no hay ninguna idea que sea más provocativa
que la noción de que los artefactos técnicos tienen cualidades políticas*

(Langdon Winner, 1980)

Repensando la flexibilidad interpretativa de los artefactos tecnológicos

Al dejar de lado los análisis que ponderan la eficacia y la eficiencia, asoma el carácter político de los dispositivos y artefactos. Si bien existen tecnologías que son proclives a generar entornos con relaciones sociales específicas, siempre conservan una dimensión del diseño que les confiere la suficiente flexibilidad como para que distintos grupos puedan competir por su control y su uso. Un ejemplo paradigmático de un sistema tecnológico con un diseño flexible es internet.

Siguiendo con esta línea de análisis podemos diferenciar tres modalidades en que los artefactos pueden adquirir dimensiones, que en nuestro caso serían (bio)políticas: por la adhesión y mantenimiento de un sistema, por los espacios de libertad que habilitan y finalmente por las exclusiones que generan. Al pensar en dos de los principales artefactos técnicos implicados en nuestra tesis, las hormonas -que se utilizan en las terapias de reemplazo- y las prótesis penélicas – que se colocan en las cirugías de reconstrucción del falo-, consideramos que las tres dimensiones mencionadas resultarían insuficientes para el análisis. En este sentido, proponemos introducir la propuesta constructivista de Bijker y Pinch (1993). Dicho abordaje complejiza la dimensión política de los artefactos, al

incorporar el concepto de “flexibilidad interpretativa” para referirse a una situación en la que diferentes grupos interpretan el diseño de un artefacto en función de la satisfacción de sus necesidades, valores, intereses y deseos. De este modo, la propuesta de “evolución tecnológica” resulta fructífera porque permite incluir otros grupos relevantes que compiten por imponer una interpretación propia del artefacto; a la vez que se desprende de la línea determinista imperante en el análisis de los fenómenos técnicos.

Así, la evolución de los diseños deja de pensarse como una trayectoria unidireccional que depende únicamente de la búsqueda de mayor eficacia y eficiencia, y se comienza a contemplar como un fenómeno abierto a lo contingente y objeto de luchas sociales de grupos y usuarios. Esta manera de pensar los artefactos permite dar cuenta de la importancia que tiene la movilización de la población cuando se involucra en la interpretación y la lucha por la direccionalidad de la tecnología. Tal es el caso de las prótesis penianas, que inicialmente se desarrollaron y comenzaron a comercializarse para el caso de hombres amputados o con disfunciones eréctiles¹⁷⁷. Del mismo modo, las hormonas fueron fármacos inicialmente sintetizados y comercializados para un uso clínico sexualmente específico: testosterona para hombres y progesterona para mujeres; tendiendo de este modo a reproducir el binarismo sexo/genérico. En este sentido, desde un prisma de género normativo cumplen la función de exaltar, contrarrestar o equilibrar los caracteres y condiciones identificadas como ‘femeninas’ y ‘masculinas’ (Oudshoorn, 1994)¹⁷⁸. Tanto en el caso de la ingesta “cruzada” de hormonas en las personas trans o travestis –ya sea a través de un uso autoadministrado, o mediante una terapia de reemplazo monitoreada por un profesional-, como en el caso de las prótesis penianas que se utilizan en las cirugías de reasignación; los artefactos tecnológicos se resignifican. El diseño, la finalidad, la efectividad y los resultados adquieren nuevos sentidos, a la vez

¹⁷⁷ Vazquez, J; Kusnetzoff, J; Rosenfeld, C; Alvarez, G. y Saenz, C. (1991) Nuestra experiencia en el implante de prótesis penianas. Revista Argentina de Urología, Vol 56, Nº 1, pp. 1-8.

¹⁷⁸ En un interesante artículo Yolanda Eraso (2014) registra las primeras aplicaciones de tratamientos de hormonales cruzados para casos de cáncer de mama. Ver: Eraso, Y. (2014) Género, hormonas y cáncer de mama. Perspectivas comparadas Norte y Sudamérica, En: Cepeda, A. y Rustoyburu, C. (Comp.) *De las hormonas sexuadas al Viagra*, Mar del Plata: Eudem.

que se disputan los efectos políticos de dichos artefactos. Estas instancias nos invitan a reflexionar en torno a posibles modalidades novedosas de apropiación de tecnologías existentes, como una vía de innovación. Tal como sugieren Tuomi (1999) y Fischer (1992) las “nuevas tecnologías” pueden ser activamente interpretadas y reapropiadas por distintos actores sociales en los diversos contextos de sus prácticas. En ese sentido, la innovación sucede cuando cambia la práctica social. Los profesionales, los sujetos/usuarios y los colectivos cognoscentes son los que finalmente deciden el consumo, negocian nuevos usos de las tecnologías y deciden cuáles van a predominar en base a un abanico de posibilidades. A la vez, emergen nuevas reconfiguraciones sociotécnicas en la medida en que se modifican las relaciones entre (artefacto) tecnología y sociedad.

Recuperando las dimensiones políticas de las intervenciones corporales

A lo largo de toda la tesis hemos sostenido que, si bien las tecnologías corporales se presentan inicialmente como instancias “correctivas” y “normalizadoras”, pueden devenir en versiones actualizadas y mejoradas de nuestra humanidad así, (re)apropiadas y (re)significadas por los sujetos, pueden convertirse en herramientas de subversión y espacios disruptivos en que “otrxs” pueden reconocerse. Nos focalizamos en intentar visibilizar y analizar algunas de las dimensiones políticas de las intervenciones corporales trans que trabajamos en relación a las lógicas de elección, acceso y democratización de tecnologías y la responsabilidad individual sobre un proyecto corporal subjetivo, que implica un desplazamiento del territorio biopolítico al privado.

Las nuevas formas de subjetividad atravesadas por los discursos de intervención biológicos, médicos y sociales sitúan al individuo en una posición que lo habilita a administrar su propia salud. En términos de Rose (2012), este tipo de subjetividad implica el conocimiento y la responsabilidad del sujeto por su propia “individualidad somática”. Entendemos que las versiones del “paciente” emancipado en un (bio)ciudadano, celebrando un contrato implícito con el profesional, redefinen los roles

tradicionales de médico/paciente (Parsons, 1984); a la vez que se ciñen a nociones liberales de ciudadanía y libertad que refieren a sujetos abstractos. En el mismo sentido, la idea de un “paciente-consumidor”, lo presenta optando libre e informadamente por prácticas, intervenciones y tecnologías “disponibles en el mercado” para dar forma a un proyecto corporal del que se vuelve responsable y por el que debe velar y decidir. Ambas versiones se erigen sobre una “lógica de la elección” (Mol, 2008) y sobre nociones ideales de libertad y racionalidad que soslayan una contradicción-ya planteada por los estudios CTS- a los principios liberales de autonomía y libre elección del individuo.

El concepto de agencia ha sido largamente discutido entre quienes proponen explicarlo a partir de fuerzas colectivas –positivistas sociales- y quienes insisten en asociarlo al individuo “autónomo”-hermeneutas-. Para superar la disputa y desarmar la concepción ontológica de agencia, en este trabajo nos hemos focalizados en los procesos que la constituyen, más que en los agentes en sí mismos. Tal como mostramos a lo largo de esta tesis la distribución de la agencia no es simétrica, ni ha sido repartida de una vez y para siempre, los procesos histórico-sociales modifican los escenarios, y las relaciones de poder entre los actores son dinámicas¹⁷⁹.

La concreción de un proyecto corporal autónomo se presenta como una instancia emancipatoria que permite a los individuos reapropiarse de su cuerpo. En este sentido, gestionar la propia biología habilita un sinfín de posibilidades, aun cuando esta instancia nos conduzca a interrogarnos respecto de los valores y premisas que guían las intervenciones y nos invite a reflexionar acerca de cuál es el margen de libertad y autonomía implicado, por ejemplo, en una cirugía para colocar prótesis mamarias. Nos preguntamos ¿Qué normas, valores sociales y dispositivos de poder entraña esta

¹⁷⁹El trabajo de Mónica Caspers *Reframing and ground dingnonhumanagency*(1994) es iluminador en este sentido. Analiza el proceso de construcción de agencia de un entidad, el feto humano, en el entorno de una red socio –técnica y lo hace desde una perspectiva tanto epistemológica como política, dando cuenta de cómo las atribuciones de agencia emergentes modifican los escenarios de poder.

intervención tecnológica? Claramente no será lo mismo que una paciente con cáncer de mama se someta a esa intervención tecnológica después de una mastectomía, que lo haga una mujer 'sana' con la finalidad de aumentar sus senos, o que lo haga una persona trans o unx travesti, con los consiguientes efectos políticos de 'adaptación/normalización', 'enhacement' o 'subversión'.

Podemos identificar al menos dos niveles o dimensiones de la autonomía: autonomía en cuanto al uso y autonomía en cuanto a la producción de conocimiento y control. En relación al segundo nivel, otra de las dimensiones políticas de las intervenciones corporales tiene que ver con la pregunta por el acceso y la regulación de las intervenciones tecnológicas (el debate en torno al financiamiento y la pregunta respecto de si el Estado debe pagar por ello, han sido temas recurrentes a lo largo de este trabajo). En este sentido, se destaca la propuesta de Sheila Jasanoff (2005) en torno a los procesos de democratización tanto de la producción de conocimiento, como de la regulación y normativa que controla los desarrollos tecnológicos. Esta disputa trasciende la disyuntiva entre emancipación o control, que planteamos al comienzo de este apartado, e implica un proceso de democratización signado por la participación activa de los usuarios en las discusiones y los procesos de toma de decisiones en torno a las ventajas, riesgos y valores que aportan distintos procesos de tecnificación de la existencia humana. Así, un sin número de sujetos y grupos 'disputantes' van configurando su corporalidad mientras se confrontan con nuevas formas de bioartefactualidad. Al mismo tiempo se visibiliza otro conjunto de sujetos y actores colectivos que resisten las intervenciones y el uso de tecnologías de 'normalización' e 'integración'.

Subjetividades mediadas biotecnológicamente

En *Las Tecnologías del yo*, Foucault (2008) hace referencia a la constitución de una subjetividad coactiva a partir de recurrir a una serie de técnicas internas y externas de

disciplinamiento y control, con el fin de moldear una estética de la existencia individual. Este “ocuparse de uno mismo” (Foucault, 2008, p.48) habilita a las personas a administrar e intervenir su cuerpo, su alma, sus pensamientos, su conducta, su manera de ser, con la intención de transformarse y alcanzar un estado de felicidad, de pureza, de sabiduría, de perfección. En este sentido, las intervenciones de todo tipo, los implantes, las hormonas y las prótesis no son sólo anexos, o agregados del cuerpo; sino que lo configuran dando forma a un proyecto subjetivo que habilita todo un abanico de posibilidades de ‘ser’ y de una vida que merezca ‘ser vivida’.

Para cerrar, provisionalmente, esta reflexión planteamos analizar el rol de las intervenciones tecnológicas en los procesos de constitución de identidades. En las sociedades contemporáneas la expresión de la persona se identifica con el cuerpo, transformándolo en un ámbito de intervenciones, que requiere de inversión y disciplina. La tecnología adquiere protagonismo en la construcción de identidades, en tanto brinda soporte material y desliza el parámetro de normalidad hacia dimensiones subjetivas; articulando una reescritura de la naturaleza a partir del mercado y el consumo (Roca, 2011). Las identidades se conforman a partir de un juego de confrontaciones, el proceso es dinámico y da lugar a identidades contingentes, en tanto los actores actúan en el proceso al mismo tiempo en que llegan a “ser” a través de él.

En este escenario *post*, los *cyborgs* de Donna Haraway (1991) permiten analizar los procesos de constitución de identidades emergentes cuyos orígenes están poblados de diferencias y reclaman integración. Sin embargo, la integración no debe entenderse como asimilación ya que al borrar las diferencias nosotros/otros se estaría confirmando su propia aniquilación (Ramírez Sánchez, 2007).

Las subjetividades mediadas biotecnológicamente son parte de una construcción, un proceso más bien dinámico, dialéctico e incluso conflictivo, que monolítico. La idea de subjetividad remite a la compleja combinación de naturaleza y cultura, anunciando a la vez el fin de esos conceptos concebidos separadamente; dinamitando la visión

estructuralista de que existe unaley, estructura-estructurante, para pensar la psiquis y la cultura humanas (Derrida, 1989). En este sentido, las propuestas contemporáneas para pensar las subjetividades quedan dislocadas de los binomios modernos fundantes: naturaleza/cultura, sujeto/objeto, individuo/sociedad.

Reflexiones acerca de las intersecciones entre activismo y academia

A fines del siglo XX, las sexualidades se han conformado como un campo importante de disputa y se han convertido en una de las formas claves de lucha social, como parte de un proceso de cambio -social y sexual- en un contexto más amplio. Tal como dimos cuenta a lo largo de esta tesis, ha sido fundamental el rol de las distintas organizaciones y movimientos sociales en la lucha y conquista por los derechos sexuales, así como en la implementación de políticas públicas y el diseño de estrategias de atención que resulten acorde a las necesidades y demandas del colectivo LGBTI.

En el escenario local, las personas trans se presentan en que los espacios de atención como sujetos informados, que conocen acerca de fármacos, opciones terapéuticas y tecnologías disponibles, a la vez que están al tanto de las dinámicas de atención, perfiles de equipos y especialidades médicas. En este sentido, los profesionales los caracterizan como ‘pacientes’ empoderados, que “saben lo que quieren”, “conocen sus derechos” y “están muy politizados”. A lo largo de este trabajo, nos referimos a ellos como parte de nuevos colectivos cognoscentes que disputan los espacios de enunciación y los procesos de producción de conocimiento científico, particularmente en biomedicina. A la vez, que cuestionan las categorías y los modos en que son ‘nombradxs’ por ‘otros’, expertos. Identificamos un movimiento que, partiendo de ‘cuerpos/objetos’ pasibles de ser intervenidos; se desplaza y habilita instancias de organización y empoderamiento en que esos cuerpos entran en relación con otrxs actores y tecnologías asociados a ellos, resultando revalorizados y resignificados.

En este sentido, el cruce entre activismo y academia es uno de los trazos característicos de las organizaciones y los movimientos LGBTI. Para el caso que analizamos, esto se refleja tanto a nivel global, como a nivel local. Los estudios de género y particularmente la Teoría Queer se han vuelto una fuente importante de producciones y argumentos teóricos para lxs activistxs. A la vez, la paulatina incorporación a la academia de voces y personas trans, cuyos análisis están atravesados por la propia experiencia, les ha facilitado enormemente su visibilidad y les ha permitido acceder a espacios “legítimos” de enunciación. En los años '90 los *Transgender Studies* comienzan a aglutinar ese conjunto de producciones académicas conformando paulatinamente un “linaje intelectual” con características propias.

Tal como analizamos a lo largo de este trabajo, las demandas colectivas que son producto de luchas y procesos más amplios de organización y movilización política imprimen características particulares a las condiciones y actores sociales que las posibilitan. La emergencia de sujetos que proponen una definición propia de sus experiencias y plantean soluciones en la medida que las consideran adecuadas, evidencia una matriz política que atraviesa y excede la experiencia de sufrimiento y el cuerpo individual. Una subjetividad política, colectiva, agenciada en la lucha y una capacidad de producción de identidades cuerpos y conocimientos ‘en situación’ (Haraway, 1995).

Viejos-nuevos sujetos híbridos que alimentan la máquina moderna.

*La constitución moderna explicaba todo
pero dejando caer lo que estaba en el medio (...)
en tanto los híbridos, los monstruos, los mixtos,
cuya explicación abandona,
son poco más o menos que todo.*

B. Latour (2007)

Las personas trans se ubican en las desdibujadas fronteras entre lo natural y lo artificial y plantean cuestionamientos a dos de los dualismos clásicos de la modernidad: femenino/ masculino, mente/cuerpo.

Foucault (2010) describe dentro de la noción de anomalía al ‘monstruo humano’ como un concepto jurídico–biológico, un sujeto que viola a la vez, las leyes sociales o morales y las naturales. Es a la vez, lo imposible y lo prohibido, lo extremo y lo extremadamente raro¹⁸⁰. El monstruo comete una infracción que lo dejará anatómicamente fuera de la ley, transgrede los límites naturales de las clasificaciones. El monstruo es la forma natural de la contra-naturaleza. Es el principio de inteligibilidad de todas las formas de anomalía. El análisis de la anomalía, deviene en una inteligibilidad tautológica, el principio de explicación que no remite más que a sí mismo. Es una noción jurídica que se desprende del derecho romano en la que ya se proponía distinguir: la deformidad, la lisiadura, la monstruosidad y desde la Edad Media¹⁸¹ representará la mezcla, la mixtura de dos especies, de dos reinos, de dos formas, de dos sexos.

Hasta qué punto en el imaginario social, la imagen de las personas trans y el rechazo que muchas veces generan (transfobia), se asemeja a la figura de los hermafroditas que expresan la mixtura de los sexos en el plano material. La abyección no está dada en este caso (sólo) por la estética o la apariencia ‘anormal’, también se proyecta a las representaciones y prácticas, que amenazan la correspondencia sexo/ género.

El monstruo combina una red de saber médico-científico y de poder político y judicial, personifica una historia natural centrada en un cuestionamiento a la estricta distinción entre especies y entre géneros. En el mismo sentido, cuando Foucault (2010)

¹⁸⁰En *Los anormales* (2010) Foucault construye el siguiente sistema de referencias: en la Edad Media la figura monstruosa es la del hombre bestial, que se expresa en la mixtura de dos reinos; durante el Renacimiento: la imagen del monstruo estará representada por los hermanos siameses, dos personas en un mismo cuerpo; finalmente, en la Edad Clásica, los representantes de lo monstruoso serán los hermafroditas, la mezcla de dos sexos.

¹⁸¹ Foucault (1980, 2010) en varios de sus trabajos, analizará las historias y condenas de distintas personas identificadas como hermafroditas: el hermafrodita de Rouen (1601), el caso de Grand Jean(1765) y el de HerculineBarbin (1868).

describe otra de las figuras que constituye el ámbito de la anomalía, el individuo a corregir; lo hace desde un lugar de difícil determinación, “el límite de lo indecible”. Constituye una entidad de la que no se pueden dar pruebas, ni demostraciones concretas de su existencia; lo que lo define es justamente, que es incorregible. Y, paradójicamente, se pondrán en marcha una batería de nuevas tecnologías de corrección y recuperación, “un incorregible puesto en medio de un dispositivo de corrección”.

Mary Douglas en *Pureza y peligro* (1996) muestra como se construye la categoría de anomalía y su vinculación con la amenaza y el peligro, cómo lo anómalo se constituye en la frontera negándose a ajustarse a lo establecido y desafiando las categorías básicas. Dicha categoría se convierte en central para la disciplina antropológica en tanto permite una demarcación entre lo posible y lo imposible, lo pensable y lo impensable. Estas categorías, al enfrentarnos a un conjunto inconcebible, tornan evidente la arbitrariedad de nuestra propia clasificación. Ordenamos el mundo de acuerdo con categorías que damos por supuestas o dadas, hasta que ‘otras clasificaciones’ o ciertos fenómenos revelan su propia fragilidad y amenazan las certezas del orden de ‘nuestro mundo’

La fusión natural/artificial descansa sobre la re-conceptualización del cuerpo humano como ‘cuerpo tecnológico’, una figura liminal perteneciente simultáneamente, al menos, a dos sistemas de significación que se presentaban como previamente escindidos e incompatibles: el orgánico/natural y el tecnológico/cultural (Balsamo, 1996). En las nociones de *cyborg* de Haraway (1995) lo natural y lo artificial deviene indistinguible, proyectando una imagen que trasciende lo natural del cuerpo por la tecnología. Toda persona u objeto puede ser pensado en términos de ensamblado y desensamblado; “no hay arquitectura natural que fuerce el sistema de diseño”.

A pesar de las aparentemente pocas posibilidades de escapar de las estrechas barreras y normas que definen ‘lo normal’ en relación al cuerpo y al sexo, podemos plantearnos que todo aquello que supone un ‘peligro’, que provoca contradicciones y

dudas, finalmente también supone una esperanza. Tal como afirma en su trabajo Gregori Flor: “una esperanza de abolición de verdades estables y absolutas, y de posibilidades de consolidación de nuevas identidades más fluidas y críticas” (2006, p. 24).

Las personas trans comparten la frontera inconcebible entre naturaleza y arteificio, entre hombre y mujer, habitan en los ‘bordes’ o en los ‘surcos’ de las clasificaciones, ‘resistiendo’ las certezas de la ciencia moderna. Esta inestabilidad ontológica es percibida con desconcierto por los profesionales, que muchas veces expresan la confusión de lo inabordable y la incertidumbre de lo innombrable. Ante la mirada moderna, esta condición liminar materializa hibridez, mixtura y, al mismo tiempo, monstruosidad (Haraway, 1991). Tal como lo expresa Stryker en su performance autobiográfica, *My words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix* (1994), la tarea más ardua es construirse a sí mismo en los propios términos, en contra del orden natural. Al renunciar a los privilegios de la naturalidad, uno se vuelve parte del caos y de la mixtura que la propia naturaleza derrama.

Epistemología de la barbarie

*Toda historia es una historia situada.
Pero también la mirada del observador es una mirada situada
en un momento, un lugar y unas circunstancias.
Y sólo podemos transmitir lo observado emprendiendo la difícil tarea de contar,
sabiendo que la historia narrada no puede nunca ser completa ni definitiva
porque no es posible alcanzar la posición de quien todo lo ve y todo lo comprende*

(Haraway, 1995)

320

Produciendo conocimiento situado

Pensar en la agencia no-humana nos conduce a reflexionar sobre las consecuencias del antropocentrismo, en lo que se refiere a los aspectos teóricos y políticos. Y seguidamente, nos lleva por el sendero del status con el que consideramos ciertas “teorías nativas” y su racionalidad; sean las de los Azande acerca del oráculo de las enfermedades, o la de los neurobiólogos acerca de la orientación sexual de las personas. Ambas parecen resistir los abordajes antropológicos ya sea por ‘falta’ o por ‘exceso’ de racionalidad moderna. El contraste de versiones, las nativas, las científicas, las antropológicas, que se exhibe públicamente puede ser una forma eficaz de contribución política; sin duda mucho más rica, que el propósito casi utópico de distinguir versiones ‘verdaderas’ en detrimento de otras ‘falsas’. Nuestro propósito a lo largo de este trabajo, valiéndonos de las redes y de la cartografía de controversias fue evidenciar el carácter social de la construcción de conocimiento científico, incluso del conocimiento antropológico.

En este sentido, el concepto de conocimiento situado de Haraway (1995) evidencia un caleidoscopio con parcialidad de perspectivas acompañadas de objetividades, también

fragmentarias. Esta idea parte de que la posición o el lugar desde donde se produce el conocimiento –y desde donde se observa- juega un papel fundamental en la manera en que éste resulta articulado; las coordenadas que nos sitúan son también las coordenadas de una forma de conocer; unos relatos particulares sobre ‘los otrxs’ y sobre el mundo. Haraway (1995) rearticula la metáfora de la mirada, para pensarla como una mirada parcial; la objetividad se convierte en una incorporación particular específica y no en una visión ilusoria de totalidad. Así, ella determina que ninguna versión de la realidad puede ser entendida al margen de los puntos de vista de los cuáles emerge.

Críticas a la colonialidad del saber

El fin de la historia está marcado por el surgimiento de colectivos que, en muchos casos, fundan sus demandas en universos no occidentales y en cosmovisiones anti, pre o postmodernas. Lo que evidencia por un lado la prevalencia de una mirada eurocéntrica y por otro, en sentido epistemológico, las condiciones que posibilitan un pensamiento ‘válido’. Y como sabemos, esa validez está intrínsecamente ligada a la ciencia, la observación y la objetividad. Como bien lo muestra Souza Santos (2009) el fin del colonialismo político, no trajo aparejado el fin del colonialismo en las mentalidades, en el lenguaje, ni en las subjetividades. El conocimiento científico como un producto de la modernidad está pensado para dividir, de un lado de la línea al sujeto y del otro a un objeto de conocimiento.

Lo inclasificable, lo que crece en los surcos y habita en el limbo, no tiene cabida en la constitución del pensamiento moderno, como el número cero no tenía cabida en el sistema numérico romano. Sin embargo, “el accionar tecno-científico los crea y los hace proliferar sin control”; de tal forma que el desarrollo científico tecnológico occidental se ha basado, en gran medida, en su forzada y a la vez fallida, adhesión al ‘pacto de no proliferación de híbridos’ (Latour, 1993).

De este modo, mientras la “lucha por la justicia cognitiva” que mencionamos más arriba, esté basada solamente en una distribución más equitativa –una utopía-, que el

conocimiento científico no logrará vencer; la ciencia tiene “límites intrínsecos en relación con los tipos de intervención del mundo que hace posible”. La propuesta de Souza Santos hacia una “ecología de saberes” (2010, p.52), implica por una lado un uso “contra-hegemónico” del conocimiento científico; por otro, implica promover la interacción e interdependencia entre ciencia y saberes legos o no científicos.

La “colonialidad” del saber no se disputa sólo desde las categorías filosóficas o sociológicas; hoy los colectivos cognoscentes se organizan sin permiso, resisten, proponen desplazamientos y nuevos sentidos: “*varón, mujer, travesti, trans...*” la lista de denominaciones que podrían devenir en incorrectas o cuestionadas es infinita e intermitente. Sin embargo, en cada caso impugnan la denominación que los situaba como objetos, se sacuden alguna opresión o escapan de alguna clasificación que resultaba agobiante y que habilitaba intervenciones específicas.

Ser TRANS-formados. El antropólogo como co-productor

Cuando hacemos trabajo de campo e investigación y exponemos nuestros registros junto a nuestros análisis y reflexiones estamos hablando de lo que los otrxs dicen y hacen, pero indefectible e (in)directamente también de nosotrxs. Sin embargo esta cuestión habitualmente se acalla y en este sentido, se vuelve necesario aclararla; dejando en claro cómo nos atraviesa y nos moviliza el conocimiento que producimos y cuáles son las implicancias éticas y políticas que de él se desprenden. Más que distanciamiento, nuestra disciplina en el contexto actual, reclama una objetividad comprometida y reflexiva a partir de múltiples redes y conexiones en las que nosotrxs como antropólogxs también estamos implicadxs. El problematizar la homogeneidad, la sacralidad y la objetividad ‘científica’; nos invita a pensar las ciencias de los ‘otros’, pero también la nuestra. Al abordar el mundo que conocemos como redes heterogéneas, más o menos estables, con actores humanos y no humanos produciendo efectos de poder (Law , 1992); nuestra disciplina se

presenta co-producida por una serie de conexiones heterogéneas y co-produce conocimientos en red.

El ejercicio de co-producción se vuelve útil para analizar a 'otrxs' y a 'nosotrxs' mismos en esa interlocución, evidenciamos la importancia de ese concepto para discutir el propio lugar de la antropología. *¿Qué hace una mujer blanca, universitaria, clase media, heterosexual, hablando de experiencias trans?* Cuando alguien solicita ser reconocidx como trans, provoca al mismo tiempo que el destinatarix del pedido transforme su propia comprensión del género, del deseo y del cuerpo.

Otras aperturas

324

En este trabajo presentamos un primer esbozo de un enfoque metodológico que combina la teoría del actor red, el mapeo de controversias, la revisión de producción científica y las técnicas etnográficas. Esta dinámica me permitió, por un lado, analizar el proceso de construcción de conocimiento, como una instancia conflictiva y plural de elaboración colectiva, “abrir la caja negra” favoreció la identificación de construcciones teóricas que luego pasan a ser percibidas como ‘hechos’ y ‘objetos naturales’. Por otro lado, el estudio de controversias, si bien se sirve del análisis de la producción de ‘hechos’ científicos, nos permitió focalizarnos en cartografiar las diferentes tradiciones, las mediaciones y estrategias de que se sirven cada uno de los actantes implicados y los intermediarios, dando cuenta además, de las dinámicas que favorecen los procesos de estabilización y posible clausura. Consideramos que aún queda por evaluar, en estudios futuros y más profundos, cuáles son las posibilidades que habilita esta estrategia metodológica y cuáles clausura.

Posteriormente, en la etapa posdoctoral, planteamos desarrollar un estudio comparativo entre Brasil y Argentina que permita indagar los alcances y limitaciones de los procesos de gestión pública de producción de conocimiento e innovación tecnológica en biomedicina respecto de la experiencia trans. En ese sentido, entendemos que describir y sistematizar desde una mirada integral la normativa vigente, así como las iniciativas desde la política pública tendientes a promover la inclusión de las diversidades sexuales nos permitirá construir una caracterización de las dinámicas de vinculación con el

Estado, los contextos políticos y las historias nacionales que dan formas particulares al diseño de dispositivos y a estrategias y políticas de inclusión propias de cada escenario nacional. Finalmente, apuntamos a realizar un mapeo de las redes de producción académica y su vinculación con otros colectivos cognoscentes no expertos, que disputan, negocian y circulan saberes; cuyas dinámicas se plasman en el diseño e implementación de política públicas vinculadas a promover la inclusión de los colectivos LGBTI en ambos países.

Bibliografía

326

A.A.V.V. (2010). *Biopolítica. Conversaciones Feministas*. Buenos Aires: Ediciones Ají de Pollo.

Achilli, E. (2005). *Investigar en antropología social*. Rosario: Laborde editor.

Aczel, I., Casavieja, T., Péchin, J., Prieto, A., Romero, S., y Valinotti, J. S. (2014). *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de Derechos Humanos en salud*. Buenos Aires: Subsecretaría de Vinculación Ciudadana de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y la Jefatura de Gabinetes de Ministros de la Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://capicuadiversidad.org/#!/-guia-de-salud>

Aguião, S. (2016). “Não somos um simples conjunto de letrinhas”: disputas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. *Cadernos Pagu*, (46), 279-310.

Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lanús: Lugar Editorial.

Almeida Filho, N. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos Saúde Pública*, 17(4), 753–799.

Almeida, G. (2012). Homens ‘Trans’: ¿Novos matizes na aquarela das masculinidades? *Revista de Estudos Feministas*, 20(2), 513-523.

Almeida, G., y Murta, D. (2013). Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 380-407.

Álvarez Guillén, E. (2012). *Transexualidad: de cómo la cirugía de reasignación sexual pasa*

de ser una necesidad a convertirse en una imposición social (Tesis de Maestría). Universidad Internacional de Andalucía, España.

Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y locos: Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets.

Alves Galli, R., Meloni Vieira, E., Giami, A., y Dos Santos, M.A. (2013). *Corpos Mutantes, Mulheres Intrigantes: Transexualidade e Cirurgia de Redesignação Sexual*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(4), 447-457.

Amuchástegui Herrera, A., y Rivas Zivy, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (57), 543-597.

Arán, M. (2005). *Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: Biopoder/ Biopotência*. *Série Anis*, (39),1-4.

Arán, M. (2006). *A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero*. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 49-63.

Arán, M., Murta, D., y Lionço, T. (2009). *Transexualidade e saúde pública no Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1141-1149.

Arán, M., y Lionço, T. (2008). *Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde*. *Série Anis*, (53), 1-3.

Arán, M., y Murta D. (2006). *Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil*. Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponible en http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-reprodutivos/direitos-lgbtt/Relatorio_Preliminar_set_20092.pdf.

Arán, M., y Murta D. (2009). *Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 15-41.

Arán, M., Zaidhaft, S., y Murta, D. (2008). *Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde*

coletiva. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20(1), 70-79.

Arilha, M., Lapa, T., y Pisanechi, T. (2000). *Transexualidade, travestilidades e direito à saúde*. São Paulo: CCR.

Armonstrong, D. (1987). Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social, Science & Medicin* 25(11), 1212-1218.

Armonstrong, D. (2002). *A new history of identity: sociology of medical knowledge*. New York: Palgrave.

Atienza Macias, E., y Armaza, E. J. (2014). La transexualidad: aspectos jurídico-sanitarios en el ordenamiento español. *Salud colectiva*, 10(3), 365-377.

Austin, J. (1971). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.

Ávila, S. (2014). *Transmasculinidades: A emergência de novas identidades políticas e sociais*. Río de Janeiro: Multifoco.

Bálsamo, A. (1996). *Technologies of the Gendered Bodies: Reading Cyborg Women*. London: Duke University Press.

Barreda, V. (1993). Cuando lo femenino está en otra parte. *Publicar*, 2(3), 27-32. Disponible en <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/view/1124>

Barret, R. (1998). *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Bauer, M. (Ed.). (1995). *Resistance to New Technology. Nuclear Power, Information Technology and Biotechnology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beauvoir, S. [1949] (1983). *El segundo sexo*. México: Grijalbo.

Becerra, A., y Fernández, M. (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Talasa.

Becerra., A. (2002). *Trastornos de identidad de Género. Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Sociedad Española De Endocrinología y Nutrición.

Becú de Villalobos, D. (2007). Diferenciación sexual del cerebro. Genética vs. Epigenética, *Medicina (Buenos Aires)*, 67(4), 397-402.

Béjin, André (1987). Crepúsculo de los psicoanalistas, aurora de los sexólogos. En: Aries, P., Béjin, A., Foucault, M., y otros (Eds.), *Sexualidades occidentales*. Buenos Aires: Paidós.

Benjamin, H. (1953). Transvestim and Transsexualism. *International Journal of Sexology*, (7), 12-14.

Benjamin, H. (1954). Transsexualism and transvestism psychosomatic and somatopsychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, (8), 219-230.

Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.

Bento, B. (2004). Performances de gênero e sexualidade na experiência transexual. En: Lopes, D., et al. (Eds.), *Imagem e diversidade sexual: estudos da homocultura*. São Paulo: Nojosa edições

Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Río de Janeiro: Garamond Universitária.

Bento, B. (2008). *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense.

Bento, B. (2010). La producción del cuerpo dimórfico: transexualidad e historia. *Anuario de Hojas de Warmi*, (15), 1-19.

Bento, B., y Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 559-568. doi: 10.1590/S0104-026X2012000200017

Berg, M. (1992). The construction of medical disposals. *Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. Sociology of Health & Illness*, 14(2), 151-180.

Berguero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gómez Banovio, M., y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 9-20.

Berkins, L. (2003). Un itinerario político del travestismo. En: Maffía, D. (Comp.), *Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero* (pp. 127-137). Buenos Aires: Scarlett Press.

Berkins, L. (2010). La identidad en debate [en línea]. Disponible en: <http://lavaca.org/notas/la-identidad-en-debate>

Blanchard, R., y Steiner, B. (1990). *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Blois, P. (2013). Estudiar la ciencia, pensar la antropología. *Revista de Antropología Experimental*, (13), 283-295.

Bockting, W. O., Knudson, G., y Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03

Bockting, W. O., y Coleman, E. (1993). *Gender Dysphoria, Interdisciplinary approaches in clinical management*. New York: The Haworth Press.

Bolin, A. (1985). Sexism in the Diagnosis and Treatment of Transsexuals. *High Plains Applied Anthropologist*, 5(3), 23-26.

Bolin, A. (1987). Transsexuals and Caretakers: A Study of Power and Deceit in Intergroup Relations. *City and Society*, 1(2), 64-79.

Bolin, A. (1988). *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage*. South Hadley, MA: Bergin and Garvey Publishing, Inc.

Bolin, A. (1994). Transcending and Transgendering: Male-to-Female Transsexuals, Dichotomy and Diversity. En: Herdt, G. (Ed.), *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.

Bolin, A. (1997). French Polynesian Sexuality. En: Francoeur, R. (Ed.), *International Encyclopedia of Sexuality. Vol. II*. New York: Continuum Publishers.

Bolin, A. (2003). La transexualidad de género. Contexto cultural y prácticas de género. En: Nieto J. (Comp.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.

Borba, R. (2014). Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (17), 66-97.

Borba, R. (2014a). *(Des)aprendendo a “ser”: trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador*. (Tesis de Doctorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Borba, R. (2016). *O (des)aprendizado de si: transexualidades e interação na clínica médica*. Rio de Janeiro: FioCruz.

Borba, R. (2016). Recipe to become a ‘True Transsexual’: discourse, interaction and (dis)identification at a gender identity clinic. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 55(1), 33-75.

Bordas, F. C., Raymundo, M. M., y Goldim, J. R. (2000). Aspectos bioéticos e jurídicos do transexualismo. *Revista HCPA*, 20(2), 169-173.

Bourdieu, P. [1976] (2000). Campo del poder, campo intelectual y habitus de clase. En: Bourdieu, P. (Ed.), *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1985). *Respuestas para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Bourgeois, A., Auriche, P., Palmaro, A., Montrastuc., J., y Bagheri H. (2016). Risk of hormonotherapy in transgender people: Literature review and data from the French Database of Pharmacovigilance. *Annales d’Endocrinologie*, 77(1), 14-21.

Bradley, S., Oliver, G., Chernick, A., y Zucker, K. (1998). Experiment of Nurture: Ablatio Penis at 2 Months, Sex Reassignment at 7 Months, and a Psychosexual Follow-up in Young Adulthood. *Pediatrics*, 102(1), e9. doi: 10.1542/peds.102.1.e9

Braz, C. y de Sousa, E. (2016). *Antropologia e políticas de saúde para homens trans no Brasil contemporâneo – diálogos entre duas pesquisas*. XXX Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa.

Braz, C., Mello, L., Peres Rodrigues, R., y Tocach, R. (2014). Saindo de caixas, gavetas e pastas: uma experiência de articulação entre militância, arquivologia e ciências sociais na

produção de memórias LGBT em Goiás. *Caderno Espaço Feminino*, 26(2), 4-29.

Braz, C., Mello, L., Perilo, M., y Maroja, D. (2013). Para além das fronteiras: parcerias e tensões em torno da construção da cidadania na perspectiva do movimento LGBT em Goiás. *Estudos de Sociologia (Recife)*, 2(17), 1-30.

Bullough, V. (1975). Transsexualism in history. *Archives of Sexual Behavior*, 4(5), 561-571. doi: 10.1007/BF01542134

Bullough, V. (1976). *Sexual Variance in Society and History*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Bullough, V. (1998). La transexualidad en la historia. En: Nieto J. (Comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

Bullough, V.L., y Bullough, B. (1993). *Cross-dressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2001). Doing Justice to Someone: Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, 7(4), 621-636.

Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, (Rio de Janeiro)*, 19(1), 95-126. doi: 10.1590/S0103-73312009000100006

Butler, J. (2010). Prólogo. Sexualidad, transformaciones. En: Missé, M., y Coll Plans, G. (Eds.), *El género desordenado*. Barcelona: Egales.

Butler, J. (2010). Transexualidad, Transformaciones. En: Missé, M., y Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado*, Barcelona: Egales.

Cabral, M. (2007). Me preguntaron cómo vivía / Sobreviviendo, dije, sobreviviendo... Trans latinoamericanas en situación de pobreza extrema Programa para América Latina y el Caribe / IGLHRC. Disponible en www.iglhrc.org/binary-data/ATTACHMENT/file/000/000/262-1.doc

Cabral, M. (2010). Políticas Intersex. En: A.A.V.V. (Ed.), *Biopolítica. Conversaciones Feministas*. Buenos Aires: Ediciones Ají de Pollo.

Cabral, M. (Ed.). (2009). *Interdicciones. Escritura de la intersexualidad en castellano*. Barcelona: Anarrés Editorial.

Cáceres, C., Careaga, G., y Pecheny, M. (Eds.). (2006). *Sexualidad, Estigma y Derechos Humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/ UPCH.

Callon, M. (2008). La dinámica de las redes tecno-económicas. En: Thomas, H., y A. Buch (Coords.), *Actos, actores y artefactos: Sociología de la tecnología*. Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Callon, M., y Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait. Anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise*. París: La Découverte.

Callon, M., y Rabeharisoa, V. (2003). Research "in the wild" and the shaping of new social identities. *Technology in Society*, 25(2), 193-204. doi: 10.1016/S0160-791X(03)00021-6

Camargo Jr., K. (1994). AIDS e a AIDS das ciências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1(1), 35-60. doi: 10.1590/S0104-59701994000100005

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Publicado originalmente em 1966 como *Le normal et le pathologique*).

Canguilhem, G. (1994) *A Vital Rationalist*. [Delaporte François Ed.]. New York: Zone Books.

Cano-Caballero Gálvez, M. (2011). *La transexualidad desde una perspectiva antropológica y de género*. Madrid: Editorial Académica Española.

Cano-Caballero Gálvez, M. D. (2011). *La transexualidad desde una perspectiva antropológica y de género*. Editorial Académica Española.

Carrillo Sánchez, M. (2008). *Transgresión desde adentro. El caso del reconocimiento*

jurídico de las personas transgénero y transexuales en Ciudad de México. (Tesis de Maestría). FLACSO, México. Inédita.

Carrillo Sánchez, M. (2008). *Transgresión desde adentro. El caso del reconocimiento jurídico de las personas transgénero y transexuales en Ciudad de México* (Tesis de Maestría). FLACSO, México. Inédita.

Carvalho, M. (2011). *De “doidas e putas” a “respeitáveis militantes”*: um histórico do movimento de travestis e transexuais no Brasil. XXXV Encontro da ANPOCS, Caxambu.

Carvalho, M., y Carrara, S. (2013). Em direito a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 319-351. doi: 10.1590/S1984-64872013000200015

Castel, P. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21(41), 77-111. doi: 10.1590/S0102-01882001000200005

Cauldwell, O. (1949). Psychopathia Transexualis. *Sexology*, (16), 274-280.

Cauldwell, O. (1949). *The Diary of a Sexologist: Intimate Observations and Experiences Revealed When a Doctor Tells His Story*. Kent: Haldeman-Julius Publications.

Chiland, C. (2000). The psychoanalyst and the transsexual patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, (81), 21-35.

Chiland, C. (1999). *Cambiar de sexo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chiland, C. [2003] (2015) *O transexualismo*. São Paulo: Loyola Editora.

Cicourel, A. (1982). *El método y la medida en sociología*. Madrid: Editorial Nacional.

Citelli, M. T. (2001). Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Estudos Feministas*, 9(1), 131-145. doi: 10.1590/S0104-026X2001000100007

Clifford, J. (1999). Prácticas espaciales: el trabajo de campo, el viaje y la disciplina de la antropología En: *Itinerarios transculturales*. Gedisa, Barcelona.

Cohen, S. (1988). *Visiones de control social*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.

Cohen-Kettenis, P., y Gooren, L. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315–333. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00085-3

Cohen-Kettenis, P., y van Goozen, S. H. M. (1997). Sex-reassignment of adolescent transsexuals, A follow- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 36(2), 263-271. doi: 10.1097/00004583-199702000-00017

Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him*. New York: Harper Collins.

Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*. New York: HarperCollins.

Coleman, E., y Bockting, W. (1992). *Gender Dysphoria: Interdisciplinary Approaches in Clinical Management*. Binghamton, N.Y.: The Haworth Press.

Collier, S. y Ong, A. (Eds.). (2005). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. London: Blackwell.

Coll-Planas, G. (2009). La voluntad y el deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso de trans, gays y lesbianas. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Inédito.

Coll-Planas, G. (2009). *La voluntad y el deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso de trans, gays y lesbianas* (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Inédito.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En: Ingleby, D. (Ed.), *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.

Conrad, P., y Schneider J. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Temple University Press.

Cooper, M. (2008). *Life as Surplus. Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. Seattle: University of Washington Press.

Cornejo, G. (2011). La guerra declarada contra el niño afeminado: una autoetnografía "queer". *Iconos: Revista de Ciencias Sociales*, (39), 79-95.

Correa Moreira, G. (2012). El concepto de mediación técnica en Bruno Latour. Una aproximación a la teoría del actor-red. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 54-79.

Corrêa, S. (2007). *Realizing sexual rights*. IDS Sexuality and Development Programme. Disponible en: <http://www.ids.ac.uk>.

Corrêa, S. (2008) Cruzando la línea roja: Cuestiones no resueltas en el debate sobre los derechos sexuales. En: Szasz I., y Salas G. (Eds.), *Sexualidad, derechos humanos, y ciudadanía: Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 25-55). México, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos, y Ambientales, Programa Salud reproductiva y Sociedad.

Corrêa, S., Petchesky, R., y Parker R. (2008). *Sexuality, Health and Human Rights*. Londres y Nueva York: Routledge.

Corrêa, S., y Parker, R. (2004). Sexuality, Human Rights, and Demographic Thinking: Connections and Disjunctions in a Changing World. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(1), 15-38. doi: 10.1525/srsp.2004.1.1.15

Cossi, R. K. (2011). *Corpo em obra: contribuições para a clínica psicanalítica do transexualismo*. São Paulo: nVersos.

Costa, R., y Matzner, A. (2007). *Male bodies, Women's souls. Personal Narratives of Thailand's Transgendered youth*. Binghamton, N.Y.: The Haworth Press.

Cutuli, M. S. (2011). El *Escándalo*. Modos de estar, negociar, resistir y demandar. El caso de las travestis y transexuales del área metropolitana de Buenos Aires. En: Grimberg, M., Hernandez Macedo, M., y Manzano, V. (Comp.), *Reconfiguración estatal, movimientos*

sociales y formas de construcción de ciudadanía en perspectiva comparada: Brasil y Argentina (pp. 287-306). Buenos Aires: Antropofagia.

De Laurentis, T. [1987] (1996). La tecnología del género. *Revista Mora*, (2). Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, FFyL, UBA.

Deheza, de la R. (2010) *Queering the Public Sphere in Mexico and Brazil. Sexual Rights Movements in Emerging Democracies*. Durham: Duke University Press

Deleuze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En: Balbier, E. *et al.* (Comp.), *Michael Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

Dellacasa, M. A. (2010a). *Las representaciones médicas acerca de la sexualidad y la salud: la atención del HIV- Sida en pacientes HSH, travestis y trans*. VI Jornadas de investigación en Antropología Social – ICA– Facultad de Filosofía y Letras – U.B.A., Buenos Aires.

Dellacasa, M. A. (2010b). Estilo de vida, riesgo y salud en los discursos hegemónicos. Lo normal y lo patológico en los habitus nacionales. En: Villafañe, A., y Adad, L. (Comp.), *Antropología y crisis global: Desafíos para una interpretación desde el sur*. Tandil: Ed. Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Dellacasa, M. A. (2016b). *Dispositivos de atención de la salud de personas trans. Un análisis de las estrategias del Estado argentino en el marco de políticas de reconocimiento y ampliación de derecho*. VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dellacasa, M. A. (2013a). *La carne y el bisturí: biotecnologías y cuerpos “adecuadamente” sexuales*. X Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dellacasa, M. A. (2013b). *La construcción sociocultural del dispositivo médico de la transexualidad*. III Congreso Internacional de Humanidades Médicas, Universidad de São Paulo, Brasil.

Dellacasa, M. A. (2013c). *Tecnologías biomédicas y producción de cuerpos sexuales: la cirugía de “cambio de sexo” en personas transexuales*. X Reunión de Antropología del Mercosur, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

Dellacasa, M. A. (2013d). *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales* (Tesis de Maestría). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Inédito.

Dellacasa, M. A. (2014a). Violencia de Estado: el reconocimiento de las personas transexuales como ¿sujetos “patológicos” de derechos? *Revista Maguaré*, 28(1), 113-137. doi: 10.15446/mag

Dellacasa, M. A. (2014b). *Acceso democrático y Tecnologías biomédicas: las personas trans y los procesos de decisión co-gestionados en atención de la salud*. V Jornadas de Antropología Social del Centro: antropología social y mundos posibles en transformación, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.

Dellacasa, M. A. (2015). *Disputas en torno a la despatologización: sujetos-colectivos trans y expertos hacia un proceso de co-producción de conocimiento*. XI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo, Uruguay.

Dellacasa, M. A. (2016a). Repensar la antropología ante la crisis de la modernidad. El culto a la unidad de lo diverso. *Revista San Gregorio*, (15), 34-43.

Dellacasa, M. A. (2016c). *Reflexiones en torno a diversos aportes metodológicos para el estudio de narrativas biomédicas en el contexto hospitalario*. VIII Jornadas de etnografía y métodos cualitativos, Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Ciudad de Buenos Aires.

Dellacasa, M. A. (2016d). *Derechos sexuales y acciones colectivas. Actores y procesos de politización en torno a la Ley de Identidad de Género en Argentina*. I Jornadas Impensar las Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil.

Dellacasa, M. A. (2017a). *Anatomopolíticas e identidades emergentes. Las dimensiones políticas de las intervenciones corporales*. VIII Coloquio Internacional de Filosofía de la Técnica. El estatuto de lo artificial: problemas y perspectivas. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

Dellacasa, M. A. (2017b). *Apuntes para pensar la producción de conocimiento en biomedicina. Diálogos entre estudios CTS y Antropología*. VI Jornadas de Antropología

Social del Centro. Proyecciones antropológicas en coyunturas de transformaciones sociales. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.

Dellacasa, M. A. (2017c). Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad. *Psicoperspectivas* 16 (3), 18 -28.

Dellacasa, M. A. (2017d). Carne única, nueva carne. Cuerpo y democratización de tecnologías biomédicas de transformación corporal para personas trans en el actual escenario argentino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. En prensa.

Dellacasa, M. A., y Flores, A. (2013). Intercambios en torno al cuerpo, las intervenciones: biotecnológicas y la reorganización/desorganización de la subjetividad en torno al padecimiento. En: Adad, L. (Ed.), *La antropología social hoy a diez años del nuevo siglo* (e-book). Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Dellacasa, M. A., y Roca, A. (2016). *Tecnología y redención: los cyborgs del bioedén*. VI Coloquio Internacional de Filosofía de la Técnica: artefactos, humanidades, sociedades, Universidad Nacional de Río Negro, San Carlos de Bariloche.

Denny, D. (1992). The politics of diagnosis and a diagnosis of politics: The university-affiliated gender clinics, and how they failed to meet the needs of transsexual people. *Chrysalis Quarterly*, 1(3), 9-20.

Denny, D. (1994). *Gender Dysphoria: A Guide to Research*. New York: Garland Publishers.

Denny, D. (Ed.).(1998). *Current Concepts in Transgender Identity*. New York: Garland Publishers.

Devor, A. [1997] (2016). *FTM: Female to Male Transsexuals in Society*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Didier, E. (2001). Nacimiento de las perversiones y El tercer sexo. En: *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama.

Dilthey, W. (1883). *Introducción a las ciencias del espíritu: ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y de la historia*. (Versión española de Julián Marías; prólogo de José Ortega y Gasset), *Revista de Occidente*, Madrid, 1956.

Dolan, J.D. (1987). Transsexualism: Syndrome or Symptom? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 32(8), 666-673. doi: 10.1177/070674378703200805

Durati, R. (2007). Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal. En: *Atención de la Salud de personas travestis y transexuales*. Publicación de la Coordinación Sida, GCBA, ONUSIDA.

Durati, R. (2007). Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal. En: *Atención de la Salud de personas travestis y transexuales*. Ciudad de Buenos Aires: Publicación de la Coordinación Sida, ONUSIDA.

Edgerton, M. (1984). The role of surgery in the treatment of transsexualism. *Annals of Plastic Surgery*, 13(6), 473-481.

Ekins, R. (1997). *Male Femaling: A Grounded Theory Approach to Cross-dressing and Sex-changing*. London: Routledge.

Ekins, R. (2005). Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity. *Sexualities*, 8(3), 306 – 328. doi: 10.1177/1363460705049578

Ekins, R., y King, D. (1996). *Blending Genders: Social Aspects of Cross-Dressing and Sex Changing*. New York: Routledge.

Ekins, R., y King, D. (2006). *The Transgender Phenomenon*. London: Sage.

Ellis, H. (1936). *Studies in the Psychology of Sex I. Sexual Inversion*. New York: Random House.

Ellis, H. (1936). *Studies in the Psychology of Sex I. Sexual Inversion*. New York: Random House.

Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437. doi: 10.1177/016224399502000402

Epstein, S. (1996). *Impure Science. AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkley: University of California Press.

Erhardt, A., Epstein R., y Money, J. (1968). Fetal androgens and female gender identity in the early-treated androgenital syndrome. *J. Hopkins. Med. Journal*, (122), 160-167.

Espinosa Pérez, B. (Comp.). (2008). *Cuerpos y diversidad sexual: aportes para la igualdad y el reconocimiento*. Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Farji Neer, A., y Castro, G. (2011). *Entre la academia, el movimiento y "la ley". "Ley de Identidad de Género": categorías en debate*. X Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Farmer, P. (1994). AIDS-talk and the constitution of cultural models. *Social Science & Medicine*, 38(6), 801-809. doi: 10.1016/0277-9536(94)90152-X

Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 49-78.

Fausto-Sterling, A. (1998). Los cinco sexos. En: Nieto, J. (Comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.

Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon Press.

Feinberg, L. (1998). *Trans Liberation: Beyond Pink and Blue*. Boston: Beacon Press.

Fernández García, R. y Pásaro Méndez, E. (2017) ¿La identidad sexual es una opción? Un estudio sobre la base genética de la transexualidad. *Cuadernos de Bioética XXVIII*, (3) pp. 343-353.

Ferrer, C. G. (2006). Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. (78), 13-20.

Ferrer, C. G. (2006). Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (78), 13-20.

Fisher, H. (2000). *El primer sexo. Las capacidades innatas de las mujeres y cómo están cambiando el mundo*. Madrid: Taurus.

Fisk, N. (1974). Gender Dysphoria Syndrome. The Conceptualization that Liberalizes Indications for Total Gender Reorientation and Implies a Broadly Based MultiDimensional Rehabilitative Regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.

Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial. (Publicado originalmente en 1935 como *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*).

Fonseca, C., y Cardarello, A. (2005). Derechos de los más y los menos humanos. En: Tiscornia S., y Pita, M. (Eds.), *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia.

Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las Ciencias Humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1977). No al sexo rey. Entrevista por Bernard-Henry Levy. *Revista Triunfo*, 32(752), 46-51.

Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad Vol I. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1996). *Genealogía del Racismo*. La Plata: Editorial Altamira.

- Foucault, M. (1997). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad Vol II. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. [1980] (1985). *Herculine Barbin, llamada Alexina B.* Madrid: Ed. Revolución.
- Foucault, M. (2010). *El cuerpo utópico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frankenberg, R. (1993). Risk: anthropological and epidemiological narratives. En: *Knowledge, Power and Practice*. Los Ángeles: University of Columbia Press.
- Franklin, S. (1995). Science as Culture, Cultures of Science. *Annual Review of Anthropology*, (24), 163-184. doi: 10.1146/annurev.an.24.100195.001115
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Freire, E., Araujo, F., Souza, A., y Marques, D. (2013). A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros, *Saúde em Debate*, 37(98), 477-484.
- Freud, S. (1976). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. [1905] (1987). Tres ensayos para una teoría sexual. *Obras completas XXVI*, Tomo 9. Buenos Aires: Losada.
- Freud, S. [1911] (1976). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia autobiograficamente descrito. En: Freud, S., Edição standard brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud XII*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. [1920] (1987). Más allá del principio del placer. *Obras completas CX*, Tomo 18. Buenos Aires: Losada.

Freud, S. [1923] (1987). La organización genital infantil. *Obras completas XXVI*, Tomo 9. Buenos Aires: Losada.

Freud, S. [1925] (1987). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. *Obras completas CL*, Tomo 21. Buenos Aires: Losada.

Freud, S. (1951). Letter to an American Mother. *The American Journal of Psychiatry*, (10), 786-787. doi: 10.1176/ajp.107.10.786

Frignet, H. (2002). *O transexualismo*. Rio de Janeiro: C. de Freud.

Frignet, H. (2003). *El transexualismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fujimura, J., y Chou, D. (1994). Dissent in science: Styles of scientific practice and the controversy over the cause of AIDS. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1017-1036.

Funtowicz, S. y Ravetz, J. (1993). *Epistemología política. Ciencia con la gente*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Fuss, D. (1999). *En esencia: feminismo, naturaleza y diferencia*. Vic: Eumo Editorial.

Gaete J. E. y Valenzuela C. Y. (2007). Bases biológicas de la homosexualidad. En: Zegers, B., Larraín, M. E., y Bustamante, F. (Eds.), *Homosexualidad*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

García Dauder, S. (2003). Fertilizaciones cruzadas entre la psicología social de la ciencia y los estudios feministas de la ciencia. *Athenea Digital*, 1(4), 109-150. doi: 10.5565/rev/athenead/v1n4.89

García Selgas, F. (2001). Donna Haraway: una epistemología feminista y postmoderna. En: Pérez, E., y Alcalá, P. (Eds.), *Ciencia y género* (pp.357-372). Madrid: Complutense.

García Selgas, F. (2008). Epistemología ciborg: de la representación a la articulación. En: Sasaba, I., y Gordo, A. (Eds.), *Cultura digital y movimientos sociales* (pp. 149-172). Madrid: Catarata.

Garfinkel, H. (1967). Passing and the Management Achievement of Sex Status in an "Intersexual Person". En: *Studies in Ethnometodology*. New York: Prentice-Hall.

Garriga, C. (Coord.) (2011). Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, quered, relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3), 429-455.

Gate (Global Action for Trans Equality) (2011). *Es tiempo de reforma. Cuestiones de Salud Trans* en la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Informe de la reunión de expert*s organizada por GATE, La Haya, Noviembre de 2011.

Giddens, A. (1982). *Profiles and Critiques in Social Theory*. California: University of California Press.

Godás, T. (2006). Repercusiones Personales, Familiares, Sociales y Laborales dela Transexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. (78), 21-23.

Goffman, E. (1981). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. [1986] (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goiar, C. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming People. Seventh version*. Minneapolis: The World Professional Association for Transgender Health.

Goiar, C., Sannier, V., y Toulet, M. (2005). La historia del transexualismo. Artículo en formato electrónico perteneciente a SHB España. Disponible en <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbhistory.pdf>.

Gomes Barbosa, H. (2010). Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado. (Tesis de Doctorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Inédita.

Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (Eds.). (2006a). *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.

Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Fernández-Tresguerras, J. (2006). Causas o fundamentos fisiológicos. En: Gómez, E., y Esteva de Antonio, I. (Eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi: 10.1007/s10508-007-9307-8

Good, B. (2003). *Medicina, Racionalidad y Experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Good, B., y Del Vecchio Good, M. (1993). "Learning Medicine". The construction of medical knowledge at Harvard Medical School. En: Lindenbaum, S., y Lock, M. (Eds.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.

Gooren, L. (2003). El transexualismo, una forma de intersexo. En: Becerra Fernández, A. (Ed.), *Transexualidad, la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos,

Gordon, D. (1998). Tenacious Assumptions in Western Medicine. En: Lock, M., y Gordon, D. (Eds.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Green, R. (1969). Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. En: Green R., y Money, J. (Eds.), *Transsexualism and sex*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Green, R. (1974). *Sexual identity conflict in children and adults*. New York: Basic Books, Inc.

Green, R., y Money, J. (1960). Incongruous Gender Role: Nongenital Manifestations in Prepubertal Boys. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 131(2), 160-168. doi: 10.1097/00005053-196008000-00009

Green, R., y Money, J. (1969) *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Grimberg, M. (1995). Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas. *Cuadernos Médico-Sociales (Rosario)*, (70).

Grimberg, M. (2003b). Narrativas del cuerpo, experiencia cotidiana y género en personas que viven con HIV. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 79-99.

Guaranha, C. (2014). O desafio da equidade e da integralidade: travestilidades e transexualidades no sistema único de saúde. (Tesis de Maestría). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Inédita.

Guasch, O., y Mas Grau, J. (2014). La construcción médico-social de la transexualidad en España 1970-2014. *Gazeta de Antropología*, 30(3). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/33813>

Guimarães, J. R. A. (2009). A bioética da proteção e a população transexual feminina. (Tesis de Maestría), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Inédito.

Hacking, I. (1992). 'Style' for historians and philosophers. *Studies in History and Philosophy of Science*, 23(1), 1-20. doi: 10.1016/0039-3681(92)90024-Z

Hamburger, C. (1953). The desire for change of sex as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 14(4), 361-375.

Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Hansbury, G. (2011). King Kong & Goldilocks: Imagining transmasculinities through the Trans-Trans Dyad. *Psychoanalytic Dialogues*, (21), 210-220. doi: 10.1080/10481885.2011.562846

Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciencia para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagú*, (5), 7-41.

Haraway, D. (1997). *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan _Meets_Onco Mouse: Feminism and Technoscience*. New York y Londres: Routledge.

Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Hausman, B. (1995). *Changing Sex: Transsexualism, Technology and the Idea of Gender in the 20 th Century*. Durham: Duke University Press.
- Herdt, G. (1994). (Ed.). *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Hess, D. (1992). The New Ethnography and the Anthropology of Science and Technology, En: Hess, D., y Layne, L. (Eds.), *Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology*. Greenwich / Ct: Jai Press, Inc.
- Hirschauer, S. (1997). The Medicalization of Gender Migration. *The International Journal of Transgenderism*, 1(1). Recuperado de <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0104.htm>
- Hirschfeld, M. (1910). *Die Tranvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*. Berlin: Pulvermacher e Leipzig: Spohr.
- Hoening, J. (1981). Etiological research in transsexualism. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, (6), 184-189.
- Hoening, J., y Kenna, J.C. (1973). Epidemiological Aspects of Transsexualism. *Psychiatra Clinica*, 6(2), 65-80. doi: 10.1159/000283265
- Hurtado-Murillo, H. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, (6) (Suppl.), 45-52. doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediater.pre2015.Apr.283
- Jasanoff, S. (2005). *Designs on Nature: Science and Democracy in Europe and the United States*. New Jersey: Princeton University Press.
- Jasanoff, S. (2004). *States of Knowledge. The Co-production of Science and Social Order*. Londres: Routledge.
- Jeffreys, S. (2003). *Unpacking Queer Politics: A lesbian Feminist Perspective*. Cambridge: Polity Press.

Jeffreys, S. (2014). *Gender Hurts: A Feminist Analysis of the Politics of Transgenderism*. New York: Routledge.

Jelin, E. (1996). Citizenship Revisited: Solidarity, Responsibility and Rights. En: Jelin, E., y Eric Hershberg, E. (Coords.), *Constructing Democracy. Human Rights, Citizenship and Society in Latin America*. Boulder: Westview Press.

Kailey, M. (2006). *An Insider's Guide to the Transsexual Experience*. Boston: Beacon Press.

Keller, E. F. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnànim.

Kessler, S., y McKenna, W. (1985). *Gender. An Ethnomethodological Approach*. Chicago: University of Chicago Press.

King, D. (1998). Confusiones de género: concepciones psiquiátricas y psicológicas sobre el travestismo y la transexualidad. En: Nieto, J. (Comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa.

Kirmayer, L. (1988). Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine. En: Lock, M., y Gordon, D. (Eds.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kleinman, A. (1980). Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4(1), 3-13.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Koenig, B. (1988). The Technological Imperative in Medical Practice: The Social Creation of a 'Routine' Treatment. En: M. Lock, M. y Gordon, D. (Eds.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kreimer, P. (2005). El conocimiento se fabrica, ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo? En: Knorr Cetina, K., La fabricación del conocimiento. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

Kreimer, P., y Zabala, J. P. (2006). ¿Qué conocimiento y para quién? Problemas sociales, producción y uso social de conocimientos científicos sobre la enfermedad de Chagas en Argentina. *Redes*, 12(23), 49-78.

Kreimer, P.; Romero, L., y Bilder, P. (2010). ¿Tratar o no tratar? La controversia científica sobre el tratamiento para los enfermos de Chagas crónico. *Asclepio*, 62(2), 405-428. doi: 10.3989/asclepio.2010.v62.i2.473

Kristeva, J. (1998). *Poderes de la perversión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Kruijver, F., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., y Swaab, D. F. (2000). Male-to-Female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85, 2034-2041. doi: 10.1210/jcem.85.5.6564

Kubie, L. S., y Mackie, J. B. (1968). Critical issues raised by operations for gender transmutation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147(5), 431-443.

Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: FCE. (Publicado originalmente en 1962 como *The structure of scientific revolutions*).

Lacan, J. (1971). Le séminaire, livre IXX...Ou pire. (lección del 8/12/1971. Seminario proferido en 1971-1972).

Lacan, J. [1958] (1987). La significación del falo, En: *Escritos II*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Laqueur, T. (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.

Latour, B. (1992). *Ciencia en acción: cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.

Latour, B. (1993). *Nunca hemos sido modernos*. Madrid: Debate.

Latour, B. (2007). La cartographie des controverses. *Technology Review*, (0), 82-83.

Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora*. Barcelona: Gedisa.

Latour, B., y Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.

Lavigne, L. (2009). La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes, En: Cabral, M. (Ed.), *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Madrid: Anarrés.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Leite Jr., J. (2011). *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transsexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume.

Lima, F. (2010). A Construção do Dispositivo da Transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans. (Tesis de Doctorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Inédita.

Lima, F. (2014). *Corpos, Gêneros, Sexualidades: políticas de subjetivação*. Porto Alegre: Rede Unida.

Lima, F., y Cruz, K. (2016). Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (23), 162-186. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a

Limentani, A. (1979). The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *The International Review of Psychoanalysis*, (6), 139-153.

Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população LGBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde & Sociedade*, 17(2), 11-21. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63.

Lobato, M. I. Koff, W. J., Crestana, T., Chaves, C., Salvador, J., Petry, A. R.,...Massuda, R. (2009). Aplicação do Defensive Style Questionnaire para avaliar o impacto da cirurgia de

redesignação sexual nos mecanismos de defesa de pacientes transexuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 303-306. doi: 10.1590/S1516-44462009005000007

Lock, M. (2004) Living Cadavers and the Calculation of Death. *Body & Society*, Vol. 10(2–3), pp. 135–152.

Lock, M. y Scheper Hughes, N. (1996). A critical-interpretative approach in medical anthropology: Rituals and Routines of discipline and dissent. En: Sargent C., y Johnson, T. (Eds.), *Medical Anthropology: contemporary theory and method*. Westport: C.T. Praeger.

López Penedo, S. (2008). El laberinto queer. La identidad en tiempos de neoliberalismo. [En línea]. Disponible en: <http://queerkong.blogspot.com/2011/09/teoriaqueer-el-laberinto-queer-la.html>

López, F. y Fuertes, A. (1991). *Para Comprender la Sexualidad*. Estella, España: Editorial Verbo Divino

Lothstein, L. (1983). *Female-to-male Transsexualism: Historical, Clinical and Theoretical Issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul.

Löwy, I. (2006). *L'emprise du genre: masculinité, féminité, inégalité*. Paris: La Dispute.

Lundström, B. (1981). *Gender dysphoria: A social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment* (Tesis Doctoral). University of Gothenburg, Gothenburg.

Mac Kenzie, G. (1994). *Transgender Nation*. Bowling Green: University Popular Press.

Maffía, D. (Comp.). (2003). *Sexualidades Migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Ed. Feminaria.

Maksoud, F., Passos, X., y Pegoraro, R. (2014). Reflexões acerca do transtorno de identidade de gênero frente aos serviços de saúde: revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(2), 47-55.

Malinowski B. (1927). *Sex and Repression in Savage Society*. London: Routledge.

Margulies, S. (1998). "Candidaturas" y VIH-Sida: tensiones en los procesos de atención. *Cuadernos Médico Sociales*, (74), 53-60. Disponible en http://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/149

Margulies, S. (2009). *La definición médica del VIH-Sida (1993-1994 y 1998-2000): Naturalización y fragmentación en la narrativa médica de la enfermedad*. Buenos Aires: Mimeo.

Margulies, S. (2014). *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Buenos Aires: Ed. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Martin Cáseres, A. (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ed. Cátedra.

Martin, B. y Eveleen, R. (1995). Scientific Knowledge, Controversy, and Public Decision-Making. En: Jasanoff, S., Markle, G., Petersen, J., y Pinch, T. (1995) (Eds.), *Handbook of Science and Technology Studies*. Newbury Park: Sage Pub.

Martin, E. (1987). *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Martin, E. (1994). *Flexible Bodies*. Boston: Beacon Press.

Martínez-Guzmán, A., y Íñiguez-Rueda, L. (2010). La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. *Discurso & Sociedad*, 4(1), 30-51.

Mas Grau, J. (2010). *Identidades gestionadas. Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad*. (Tesis de Maestría). Universidad de Barcelona, Barcelona. Inédita.

Mas Grau, J. (2013). La patologización de la transexualidad. Un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género. *Quaderns-e, Institut Català d'Antropologia*, (18), 65-79.

Mas Grau, J. (2015). Transexualidad y transgenerismo. Una aproximación teórica y etnográfica a dos paradigmas enfrentados. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(2), 485-501. doi: 10.3989/rdtp.2015.02.009

Mas Grau, J., y Guasch, O. (2013). El proceso de transformación corporal de personas transexuales. ¿Un camino hacia la normalización genérica? *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 4(1), 136-151.

Matão, M. E. L., Miranda, D. B., Campos, P. H., Teles, M., y Mesquita, L. B. (2010). Representações sociais da transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem e medicina. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 101-118.

Matte, N., Devor, A., y Vladick, T (2009). Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care: Background and Recommendations*. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 42-52. doi: 10.1080/15532730902799979

Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mattingly, C., y Garro, L. (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press.

Mead, M. (1976). *Macho y hembra*. Buenos Aires: Editorial Alfa.

Meerloo, J. A. M. (1967). Letter to the editor: Change of sex and collaboration with the psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 124(2), 263-264.

Mejía, N. (2006). *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona: Ed. Bellaterra.

Menéndez, E. (1985). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) de la salud*. México: CIESAS.

Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

- Mercader, P. (1997). *La ilusión transexual*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Merton, R. [1937] (1984). *Ciencia, tecnología y sociedad en la Inglaterra del Siglo XVII*. Madrid: Alianza Editorial.
- Meyer, J. (1982). The theory of gender identity disorders. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 30(2), 381-418. doi: 10.1177/000306518203000204
- Meyer, J. K., y Reter, D. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010-1015. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780090096010
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed. A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Millot, C. (1984). *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*. Barcelona: Ed. Paradiso.
- Missé, M., y Coll-Plans, G. (2010).(Eds.). *El género desordenado*. Barcelona: Egales.
- Mol, A. (2004). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.1
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Money, J. (1971). What are your feelings toward sex-change surgery? *Medical Aspects of Human Sexuality*, 5(6), 116-139.
- Money, J. (1971a). Prefatory remarks on outcome of sex reassignment in 24 cases of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 1(2), 163-165. doi: 10.1007/BF01541060
- Money, J. (1988). *Gay, Straight, and In-Between*. New York: Oxford University Press.
- Money, J. (2002). *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados: una guía para el asesoramiento de niños, adolescentes y sus familias*. Buenos Aires: Biblos.
- Money, J., Hampson, J. E., y Hampson, J. L. (1955). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97(4), 301-319.

Money, J., Hampson, J. G., y Hampson, J. L. (1955). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97(4), 301-319.

Money, J., Hampson, J. G., y Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97(4), 284-300.

Money, J., Hampson, J. G., y Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the Establishment of Gender Role. *A.M.A. Archives of Neurology & Psychiatry*, 77(3), 333-336. doi: 10.1001/archneurpsyc.1957.02330330119019

Money, J., y Ehrhardt, A. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Money, J., y Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana, diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde de la concepción hasta la madurez*. Madrid: Morata.

Money, J., y Tucker, P. (1975). *Sexual Signatures: On Being a Man Or a Woman*. Boston: Little Brown.

Money, John (1988) *Gay, straight, and in-between*. New York: Oxford University Press.

Morel, G. (2002). *Ambigüedades sexuales. Sexuación y psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Moreno, O., y Esteva de Antonio, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 59(6), 367-382. doi: 10.1016/j.endonu.2012.02.001

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., y Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment, A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Murta, D. (2011). *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a*

assistência a transexuais no Brasil (Tesis de Doctorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Nanda, S. (2003). Hijra y Sathin, ni hombre ni mujer en la India. En: Nieto, J. (Comp.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Ágora.

Negrin, L. (2002). Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity. *Body & Society*, 8(4), 21-42. doi: 10.1177/1357034X02008004002

Nelkin, D. (1995). Science Controversies: The Dynamics of Public Disputes in the United States. En: Jasanoff, S., Markle, G., Petersen, J., y Pinch, T. (Eds.), *Handbook of Science and Technology Studies*. Newbury Park: Sage Pub.

Nery, J. (2011). *Viagem solitária: memórias de um transexual trinta anos depois*. São Paulo: LeYa Brasil.

Nicolosi, J. (1997). *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach*. Maryland: Jason Aronson, Inc.

Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.

Nieto, J. A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Bellaterra.

Nieto, J. A. (Comp.). (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

Oppenheimer, A. (1991). The wish for a sex change: a challenge to psychoanalysis? *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(2), 221-231.

Ortega, E., Romero Bachiller, C., y García Dauder, S. (2006). *Transformaciones tecnológicas de cuerpos, sexos y géneros*. VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Oszlak, O. (1978). *Formación histórica del Estado en América Latina: Elementos teórico-metodológicos para su estudio*. *Estudios CEDES (Buenos Aires)*, 1(3) 1-22.

Oszlak, O. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. *Estudios CEDES (Buenos Aires)*, 3(2), 1-38.

Oszlak, O., y O' Donnell, G. (1984). Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. En: Kliksberg, B., y Sulbrandt, J. (Comp.), *Para investigar la administración pública*. Madrid: INAP.

Oudshroom, N. (1994). *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge.

Parsons, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.

Pecheny, M. (2000). La salud como vector del reconocimiento de derechos humanos: la epidemia de SIDA y el reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. En: Ana Domínguez Mon et al. (Eds.), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Pecheny, M. y De La Deheza, R. (2009). *Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión*. En: Diálogo Latinoamericano sobre Sexualidad e Geopolítica, Rio de Janeiro. Disponible en: <http://www.sexpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mario-pecheny.pdf>.

Pecheny, M., Figari, C., y Jones, D. (2008). *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Pecheny, M. (2004). Lógicas de acción colectiva de los movimientos por los derechos sexuales: un análisis con aires abstractos de experiencias bien concretas. En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M., y Terto, V. (Eds.), *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Pérez Bustos, T., y Lozano Borda, M. (Eds.) (2011). *Ciencia, tecnología y democracia: Reflexiones en torno a la apropiación social del conocimiento. Memorias del Foro-Taller de Apropiación Social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*. Medellín: Colciencias, Universidad EAFIT.

Pérez Sedeño, E., y Ortega, E. (Eds.). (2014). *Cartografías corporales. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra.

Petchesky, R. (1999). Direitos sexuais: Um novo conceito na prática política internacional. En: Barbosa, M. R., y Parker, R. (Eds.), *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34.

Petchesky, R. (2000). "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice". En: Parker, R., Barbosa, M. R., y Aggleton, P. (Coords.), *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Power and Sexuality*. Berkeley-Los Ángeles: University of California Press.

Petracci, M., y Pecheni, M. (Coord.). (2007). *Argentina, Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES.

Pickstone-Taylor, S. (2003). Children with gender nonconformity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 266. doi: 10.1097/00004583-200303000-00005

Pinch, T., y Bijker, W. (1990). The Social Construction of Facts and artifacts: or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology might benefit each other. En: Bijker, W., et. al. (Eds.), *Social Construction of Technological Systems*, Cambridge: Cambridge University Press.

Pinch, T., y Leuenberger, C. (2006). *Researching Scientific Controversies: The S&TS Perspective*. EASTS Conference ScienceControversy and Democracy Proceedings, National Taiwan University, Taiwan.

Pinto, N., y Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia (Lisboa)*, 26(1), 129-151.

Ponte, P.R., Conlin, G., Conway, J.B., Grant, S., Medeiros, C., y Nies, J. (2003). Making Patient-centered Care Come Alive. Achieving Full Integration of the Patient's Perspective. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 82-90.

Porchat, P. (2014). *Psicanálise e transexualismo: desconstruindo gêneros e patologias com Judith Butler*. Curitiba: Juruá Editora.

Pratt, M. L. (1987). Ciencia, conciencia planetaria, interiores y Narrando la anticonquista. En: *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturización*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Nacional de Quilmes.

Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual. Prácticas subversivas de la identidad sexual*. Madrid: Ed. Pensamiento.

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

Priour, A. (1998). *Mema's House, Mexico City: On Transvestites, Queens, and Machos*. Chicago: Chicago University Press.

Prosser, J. (1998). *Second Skins: The Body Narratives of Transsexuality*. New York: Columbia University Press.

Quinodoz, D. A. (1998). A Fe/Male transsexual patient in psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79(1), 95-111.

Rabinow, P. (1992). Artificiality and Enlightenment: from sociobiology to biosociality. En: Crary, J., y Kwinter, S. (Eds.), *Incorporations*. New York: Zone Books.

Rabinow, P. (1996). Science as Practice: Ethos, Logos, Pathos. En: Rabinow, P. (Ed.), *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University Press.

Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University Press.

Ramsey, G. (1998). *Transexuais: perguntas e respostas*. Rio de Janeiro: GLS Ediciones.

Raymond, J. (1979). *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. Boston: Beacon Press.

Recoder, M. L. (2006). *Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre la experiencia de la enfermedad y sus cuidados*, (Tesis de Doctorado). Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Rivas Zivy, M. y Amuchástegui, A. (1999). La construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal, *Reflexiones*, N°10. México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

Reis, I. M. L. (2008). *Entre a universalidade e a particularidade: desafios para a construção de direito a saúde de transexuais* (Tesis de Maestría). Universidade de Brasília, Brasília.

Roca, A. (2006). La Madre Naturaleza y su hijo el Doctor: Aportes de los enfoques de género a las discusiones en CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad). VIII CAAS - Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Salta, Salta.

Roca, A. (2007). *Metáforas y analogías en la construcción de conocimiento: el género y el problema de la neutralidad y autonomía en C&T*. VII RAM (Reunión de Antropología del MERCOSUR), Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Roca, A. (2010). *Fragmentos, Fronteras y Cuerpos Incógnitos. Una mirada antropológica sobre la producción y criopreservación de vida en el laboratorio* (Tesis de Doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Inédita.

Roca, A. (2010a). La tecnología y los modos de conocer: cuando la antropología interroga. *Encrucijadas*, (49), 13-18. Disponible en <http://repositorioubasibbi.uba.ar>

Roca, A. (2011). Todo conocimiento es político, sólo se trata de saber quién es el amo. *Revista Espacios*, (48), 1-14.

Roca, A. y Dellacasa, M. (2012). *Demostrar el equívoco, corregir el error. Aspectos del dispositivo médico de la transexualidad en Argentina*. XIII Seminario Nacional de História da Ciência- SBHC, São Paulo.

Roca, A., y Dellacasa, M. A. (2015). Tecno redención de cuerpos transexuales: apropiación tecnológica y autogestión de identidades inconclusas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 20(1), 239-259. doi: 10.5433/2176-6665.2015v20n1p239

Rodriguez Vieira, T. (2000). Adequação de sexo do transexual: aspectos psicológicos, médicos e jurídicos. *Psicologia: Teoria e Prática* 2(2), 88-102.

Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo N., Lucio, M. J., y Becerra, A. (2011). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*, 37(2), 61-68. doi: 10.1016/j.semerg.2010.10.005

Rohden, F. (2003). A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(suppl 2), 201-212. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800002

Rohden, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas(Florianópolis)*, 17(1), 89-109. doi: 10.1590/S0104-026X2009000100006

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.

Rose, N., y Novas, C. (2003). Biological Citizenship. En: Ong, A., y Collier, S. (Eds.), *Blackwell Companion to Global Anthropology*. Oxford: Blackwell.

Roudinesco, É. (2009). *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Barcelona: Anagrama.

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad En: Vance, C. (Comp.), *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Talasa.

Russo, J., y Vênancio, A. T. (2003). *Humanos Demasiadamente Orgânicos: Um Estudo Comparativo de Diferentes Versões de um Manual Psiquiátrico*. V Reunião de Antropologia do Mercosul, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Russo, J., Rodhen, F., y Giami, A. (2014). Novas tecnologías da intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (17), 10-29.

Russo, J., y Vênancio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 9(3), 460- 483. doi: 10.1590/1415-47142006003007

Saadeh, A. (2004). *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino* (Tesis de Doctorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Sabsay, L. (2010). *Ciudadanías reguladas: la performatividad del trabajo sexual*. VI Jornadas de Investigación en Antropología Social, SEANSO-ICA, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Sabsay, L. (2011). *Fronteras sexuales: espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Paidós.

Safouan, M. (1981). Contribución al psicoanálisis del transexualismo. En: Grinstein, A., y Safouan, M. (Eds.), *Estudios sobre el Edipo*. México: Siglo XXI Editores.

Saketopoulou, A. (2014). Mourning the body as bedrock: developmental considerations in treating transexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773-806. doi: 10.1177/0003065114553102

Salessi, J. (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la Nación Argentina (Buenos Aires: 1871 -1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.

Santos, B. S. (2009). *Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. México: Siglo XXI.

Santos, B. S. (2010). *Descolonizar el saber. Reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.

Schramm, F. R., Barboza, H. H., y Guimarães, A. (2010). *O processo transexualizador no SUS como paradoxo entre o reconhecimento da existência da pessoa transexual e a sua invisibilidade institucional*. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba

Schramm, F. R., Barboza, H. H., y Guimarães, A. (2011). A Moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos e jurídicos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(3), 66-77.

Schutz, A. [1974] (1962). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Schwabe, A. D., Solomon, D. H., Stoller, R. J., y Burnham, J. P. (1962). Pubertal feminization in a genetic male with testicular atrophy and normal urinary gonadotropin. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 22(8), 839-845. doi: 10.1210/jcem-22-8-839

Segato, R. (2004). *Antropología y derechos humanos: alteridad y ética en el movimiento de los derechos universales. Serie Antropología*, (356). Brasilia: Universidade de Brasilia.

Seidman, S., Fischer, N., y Meeks, C. (2006). *Handbook of the New Sexualities Studies*. London: Routledge.

Serres, M. (1991). *El contrato natural*. Valencia: Pre-Textos.

Serret, E. (2009). La conformación reflexiva de las identidades trans. *Sociológica (México)*, 24(69), 79-100. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018701732009000100005&lng=es&tlng=es.

Socarides, C. (1969). The desire for sexual transformation: A psychiatric evaluation of transsexualism. *American Journal of Psychiatry*, 125(10), 1419-1425.

doi:10.1176/ajp.125.10.1419

Socarides, C. (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("transsexualism"): The plaster-of-Paris man. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51(3), 341-349.

Socarides, C. (1976). Beyond sexual freedom: Clinical fallout. *American Journal of Psychotherapy*, 30(3), 385-397.

Socarides, C. (1977). Transsexualism and the first law of medicine. *Psychiatric Opinion*, (14), 20-24.

Soley Beltrán, P. (2007). In-transit: la transexualidad como migración de género. *Asparkía. Investigación Feminista*, (15), 207-232.

Steiner, B. (1985). *Gender Dysphoria: Development, Research, Management*. New York: Plenum Press.

Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la historia del género. *Revista Estudos Feministas (Florianópolis)*, 12(2), 77-105. doi: 10.1590/S0104-026X2004000200005

Stoller, R. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45(2-3), 220-226.

Stoller, R. (1968). A further contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49(2-3), 364-369.

Stoller, R. (1968). *Sex and Gender. Vol I. On the Development of Masculinity and Feminity*. New York: Science House.

Stoller, R. (1969). A biased view of "sex transformation" operations: An editorial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(1), 312-317.

Stoller, R. (1973). The male transsexual as "experiment". *International Journal of Psychoanalysis*, 54(2), 215-225.

Stoller, R. (1975). *Sex and Gender. Vol. II. The Transsexual Experiment*. Londres: The Hogarth Press / The Institute of Psycho-Analysis.

Stoller, R. (1982). Near miss: "Sex change" treatment and its evaluation. En: Zales, M. R. (Ed.), *Eating, sleeping, and sexuality*. New York: Brunner/Mazel.

Stone, S. (1990). The *empire* strikes back: A postranssexual manifesto. En: Epstein, J. & Straub, K. (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. New York: Routledge.

Stryker, S. y Aren, A. (Eds.). (2013). *The Transgender Studies Reader 2*. New York: Routledge.

Strykers, S. (1994). My words to Víctor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*,1(3), 237-254. doi: 10.1215/10642684-1-3-237

Strykers, S. (2008). *Transgender History*. Berkley: Seal Press.

Strykers, S. y Whittle, S. (Eds.). (2006). *The Transgender Studies*. New York: Routledge.

Sullivan, L. (1990). *From Female to Male: The Life of Jack Bee Garland*. Boston: Alyson Publications.

Swaab, D. F., y Hofman, M. A. (1984).Sexual Differentiation of the Human Brain.A Historical Perspective.*Progress in Brain Research*, (61) 361-74.doi: 10.1016/S0079-6123(08)64447-7

Tagliamento, G.(2012). *(IN)Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral* (Tesis de Doctorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Teixeira, F. B. (2009). *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade* (Tesis de Doctorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Inédito.

Teixeira, F. B. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Revista Estudos Feministas (Florianópolis)*, 20(2), 501-512. doi: 10.1590/S0104-026X2012000200011

Teixeira, F. B. (2013). *Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume.

Tenenblat, M. (2014). *A assistência à saúde de pessoas transexuais: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro*. (Tesis de Maestría). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Thacker, E. (2005). *The Global Genome: Biotechnology, Politics, and Culture*. Massachusetts: MIT Press.

- Thomas, F., Aggleton, T., y Anderson, J. (2010). Experts, partners and fools: Exploring agency in HIV treatment seeking among African migrants in London. *Social Science & Medicine*, 70(5), 736-743. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.063
- Thompson, E. (2000). *Costumbres en común. Estudios en la cultura popular tradicional*. Barcelona: Crítica.
- Treichler, P. (1992). AIDS, HIV, and the cultural construction of reality. En: Herd, G., y Lindenbaum, S. (Eds.), *The time of AIDS: social analysis, theory, and method*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An Ethnography of a Category*. Durham: Duke University Press.
- Valenzuela, C. Y. (2006). La Homosexualidad ¿es una patología? Respuesta desde la biología evolutiva. *Revista de Psiquiatría Clínica de Santiago de Chile*, 43(2), 27-38.
- Vara, A. M. (2013). Un discurso latinoamericano y latinoamericanista sobre los recursos naturales en el “caso papeleras”, *Iberoamericana*, 13(52), 7-26. doi: 10.18441/ibam.13.2013.52.7-26
- Vartabedian, J. (2008). Transexualidad femenina en Barcelona. Notas sobre un trabajo de campo. *(Con)textos. Revista d'antropologia i investigació social*, (1), 107-114.
- Vázquez García, F. (2009). Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgenérica y los límites del constructivismo. *Sexualidad, salud y sociedad*, (1), 63-88.
- Vendrell Ferré, J. (2009). ¿Corregir el cuerpo o cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género. *Sociológica (México)*, 24(69), 61-78.
- Ventura, M., y Schramm, F. (2009). Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal alteração da identidade sexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 65-93. doi: 10.1590/S0103-73312009000100005
- Venturini, T. (2010). Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science*, 19(3), 258-273. doi: 10.1177/0963662509102694

Walker, P.A., Berger, J.C., Green, R., Laub, D., Reynolds, C., y Wollman, L. (1984). Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. *Annals of Plastic Surgery*, 13(6), 476-481.

Weeks, J. (1993). *El Malestar de la Sexualidad. Significados, Mitos y Sexualidades Modernas*. Madrid: Talasa.

Weller, S. (2004). *Serviços de saúde e sexualidade: Uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão* (Tesis de Doctorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Whittle, S. (1993). The history of a psychiatric diagnostic category: Transsexualism. *Chrysalis Quarterly*, 1(5), 25-33, 49.

Whittle, S. (2002). *Respect and Equality: Transsexual and Transgender Rights*. London: Cavendish Publishing.

Winner, L. (2008). La ballena y el reactor. Una búsqueda de los límites en la era de la alta tecnología. Barcelona: Gedisa.

Winner, L. (1980) Do artifacts have politics? *Daedalus* 109 (1), 121 – 136.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Río de Janeiro: Imago.

Woolgar, S. (1991) *Ciencia: abriendo la caja negra*. Madrid: Anthropos.

Zambrano, E. (2003). *Trocando os Documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo* (Tesis de Maestría). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Zambrano, E. (2011). Transexuais: identidade e cidadania. En: Ventrune, G., y Bokany, V. (Eds.), *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Zhou, J., Hofman, M., Gooren, L., y Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, *Nature*, (378), 68-70. doi: 10.1038/378068a0

Zucker, K. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 358–364. doi: 10.1016/j.neurenf.2008.06.003

Documentos -Manuales

APA (American Psychiatric Association) DSM IV- TR [1994] (2003) *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, Barcelona: Masson.

APA (American Psychiatric Association) DSM V [2013] (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Atención de la salud integral para personas trans. Guía para equipos de salud. Programa Nacional de salud sexual y procreación responsable. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina(2015)

Aportes para pensar la salud de las personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud (2015) Colectivo Capicua Diversidad, Buenos Aires www.capicua diversidad.org Consultado en marzo de 2016.

Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Municipalidad de Rosario. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, (2011)

Ley de Identidad de Género. Ley N° 26.743– N° 32.404, 24 de Mayo de 2012. República Argentina, Boletín Oficial.

Principios de Yokarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (2007).

Constitución Nacional de la Nación Argentina (1994)

Convención Americana de los Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica, 1969)

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950).

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (OEA, 1948)

Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789)

Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)

Hammarberg, Thomas(2009) Human Rights and Gender Identity (Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa)

Ley de Matrimonio Igualitario. Decreto 1051/10 Boletín Oficial

Ley de Identidad de Género. Ley N° 23.743, Boletín Oficial de la República Argentina – N° 32.404, 24 de Mayo de 2012.

Pacto Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales (ONU, 1966)

Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y de Identidad de Género (2007)

Proyecto de Ley de Identidad de Género. Expediente 8126-D(2010)

WEB

www.atta.org

www.sbh-info.org The original Harry Benjamin Syndrome Site.

www.transgendercare.com

www.docbushong.com – Médico especialista en transexualidad que ofrece sus servicios en la web.

<http://www.smh.com.au/national/crosssex-treatment-on-the-rise-20120520-1yyvp.html>.

[Nota en The Sidney Morning Herald.Nueva Clínica de Atención en Australia](#)

[Suplemento SOY, Página/12 www.pagina12.com.ar](http://www.pagina12.com.ar)

www.coe.int/commissioner/

[Entrevista a Judith Butler y Beatriz Preciado Revista Tetù N° 138 Noviembre de 2008, disponible en \[www.artilleriainmanente.blogdipot.mx\]\(http://www.artilleriainmanente.blogdipot.mx\)](#)

www.dsm5.org

IDENTIDAD DE GÉNERO

Ley 26.743

Establécese el derecho a la identidad de género de las personas.

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada: Mayo 23 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Derecho a la identidad de género. Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

ARTICULO 2º — Definición. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

ARTICULO 3º — Ejercicio. Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida.

ARTICULO 4º — Requisitos. Toda persona que solicite la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, en virtud de la presente ley, deberá observar los siguientes requisitos:

1. Acreditar la edad mínima de dieciocho (18) años de edad, con excepción de lo establecido en el artículo 5º de la presente ley.
2. Presentar ante el Registro Nacional de las Personas o sus oficinas seccionales correspondientes, una solicitud manifestando encontrarse amparada por la presente ley,

requiriendo la rectificación registral de la partida de nacimiento y el nuevo documento nacional de identidad correspondiente, conservándose el número original.

3. Expresar el nuevo nombre de pila elegido con el que solicita inscribirse. En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.

ARTICULO 5° — Personas menores de edad. Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4º deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/ade los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 6° — Trámite. Cumplidos los requisitos establecidos en los artículos 4º y 5º, el/la oficial público procederá, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo, a notificar de oficio la rectificación de sexo y cambio de nombre de pila al Registro Civil de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento para que proceda a emitir una nueva partida de nacimiento ajustándola a dichos cambios, y a expedirle un nuevo documento nacional de identidad que refleje la rectificación registral del sexo y el nuevo nombre de pila. Se prohíbe cualquier referencia a la presente ley en la partida de nacimiento rectificadas y en el documento nacional de identidad expedido en virtud de la misma.

Los trámites para la rectificación registral previstos en la presente ley son gratuitos, personales y no será necesaria la intermediación de ningún gestor o abogado.

ARTICULO 7° — Efectos. Los efectos de la rectificación del sexo y el/los nombre/s de pila, realizados en virtud de la presente ley serán oponibles a terceros desde el momento de su inscripción en el/los registro/s.

La rectificación registral no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral, ni las provenientes de las relaciones propias del derecho de familia en todos sus órdenes y grados, las que se mantendrán inmodificables, incluida la adopción.

En todos los casos será relevante el número de documento nacional de identidad de la persona, por sobre el nombre de pila o apariencia morfológica de la persona.

ARTICULO 8° — La rectificación registral conforme la presente ley, una vez realizada, sólo podrá ser nuevamente modificada con autorización judicial.

ARTICULO 9° — Confidencialidad. Sólo tendrán acceso al acta de nacimiento originaria quienes cuenten con autorización del/la titular de la misma o con orden judicial por escrito y fundada.

No se dará publicidad a la rectificación registral de sexo y cambio de nombre de pila en ningún caso, salvo autorización del/la titular de los datos. Se omitirá la publicación en los diarios a que se refiere el artículo 17 de la Ley 18.248.

ARTICULO 10. — Notificaciones. El Registro Nacional de las Personas informará el cambio de documento nacional de identidad al Registro Nacional de Reincidencia, a la Secretaría del Registro Electoral correspondiente para la corrección del padrón electoral y a los organismos que reglamentariamente se determine, debiendo incluirse aquéllos que puedan tener información sobre medidas precautorias existentes a nombre del interesado.

ARTICULO 11. — Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

ARTICULO 12. — Trato digno. Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

ARTICULO 13. — Aplicación. Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo.

ARTICULO 14. — Derógase el inciso 4° del artículo 19 de la Ley 17.132.

ARTICULO 15. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.743 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.