

Capítulo 1

El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género¹

Tal vez una manera de adentrarse en la configuración de la identidad de género como un derecho sea comenzar por examinar las cuestiones vinculadas a la conformación del género que se apartan de la tradición binaria hombre/mujer y que generan dudas respecto de los límites que separan a los elementos de ese par opuesto. Ello contribuirá a mostrar cómo la patologización y la normalización a las que fueron sometidas las personas transgénero por parte de la medicina y del derecho afectan sus derechos básicos. Como se verá en los capítulos siguientes, las demandas del movimiento transgénero centradas en el reconocimiento del derecho a la identidad de género tienen como trasfondo la patologización de aquellos cuerpos y conductas distintas de las binariedades hombre/mujer y masculino/femenino que realiza la ciencia médica y que termina siendo receptada por, y en, las estructuras jurídicas.

La construcción del sexo y el género

Un punto de partida, entonces, consiste en examinar el camino que la ciencia médica siguió en la determinación de anormalidades de sexo-género y que de forma inevitable conduce a la patologización de personas con identidad de género diversa. En este sentido, las distintas condiciones de intersexualidad proveen un espacio central para debatir la relación entre el cuerpo, la masculinidad, la feminidad, la sexualidad y la definición de estas categorías. Esto se debe a que los cuerpos intersex hacen explícitas las reglas culturales de la

¹ Dado que la definición del género de una persona todavía se basa en su sexo biológico, aquí me refiero a ambos de manera conjunta (sexo-género). Esto no debe leerse en el sentido de que ambos términos son sinónimos, ni como que uno prevalece sobre el otro, ni como que uno preexiste al otro. Como espero surja de este trabajo, más allá de la materialidad concreta del sexo ambos términos descansan en una construcción y entendimiento cultural.

Subordinaciones invertidas

diferencia de género y exponen las ansiedades respecto del sexo, género y su relación con el deseo y la conducta sexual. Es por ello que, en lo que sigue, la discusión se centra en el tratamiento que los cuerpos intersex han recibido por parte de la ciencia médica.

Los profesionales médicos enseñan que existen muchos factores que son determinantes o que contribuyen a la determinación del sexo de un individuo: 1) el sexo genético o cromosómico –XY o XX–; 2) el sexo gonadal (glándulas reproductivas sexuales) –testículos y ovarios–; 3) el sexo morfológico interno (determinado luego de los tres meses de gestación) –vesículas seminales, próstata o vagina, útero, trompas de Falopio–; 4) el sexo morfológico externo (genitales) –pene, escroto o clítoris, labios–; 5) el sexo hormonal –andrógenos y estrógenos–; 6) el sexo fenotípico (características sexuales secundarias) –pelo facial o en el pecho o senos–; 7) el sexo asignado y el género de crianza; y 8) la identidad sexual (ver Fausto-Sterling, 2000; Kessler, 1990; Dreger, 1998).

Una persona intersex presenta una variedad de condiciones congénitas que determinan la falta de una anatomía sexual, las que varían del promedio femenino o masculino dado que no existe correlación entre los factores enumerados.² Incluye números diferentes de cromosomas sexuales, distintas respuestas de los tejidos corporales a las hormonas, diferentes equilibrios o combinaciones hormonales durante el desarrollo prenatal y un amplio espectro de características sexuales anatómicas atípicas. Las características intersex también incluyen diferencias de desarrollo debidas a factores ambientales. La ciencia conoce al menos tres docenas de variaciones sexuales bien documentadas.³ Entre el 10 y el 80% de los casos son diagnosticados antes de nacer, otros

² Una nueva nomenclatura médica adoptada en Chicago en el 2006 reemplaza etiquetas de diagnóstico tales como “intersexual”, “hermafrodita”, “seudohermafrodita” basadas en el género por términos clínicos descriptivos (por ejemplo, “síndrome de insensibilidad de andrógeno”) englobados en el de personas con desórdenes del desarrollo sexual (DSD, *Disorders of Sex Development*). Estos desórdenes han sido definidos como “condiciones congénitas en las cuales el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico” (Lee *et al.*, 2006: 554). El vocabulario empleado por este consenso continúa codificando los cuerpos intersex bajo la lógica patologizante de los trastornos del desarrollo sexual. La Organization Intersex International (OII) ha sido una ferviente opositora a la adopción de la terminología DSD por la patologización que ella implica (OII, 2006). La discusión actual sobre esta cuestión se está dando en el proceso de reforma de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

³ Las formas más comunes son: hiperplasia suprarrenal congénita o pseudohermafroditismo femenino (afecta a infantes con cromosomas XX); el síndrome de insensibilidad androgénica o pseudohermafroditismo masculino (afecta a infantes con cromosomas XY); la disgenesia gonadal (afecta predominantemente a infantes con cromosomas XX); las hipospadias (afectan a infantes con cromosomas XX); el síndrome de Turner (afecta a infantes con cromosomas XO y provoca la

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

pueden ser evidentes en el nacimiento, otros se hacen evidentes en la pubertad, o al querer concebir, o por causas azarosas. Lo importante es que la mayoría de las características intersex no son patológicas, sino que expresan variaciones saludables de los cuerpos⁴. Por su parte, en el caso de una persona transexual, puede existir congruencia respecto de los primeros siete factores enumerados, pero no haber identificación con el género que se asocia a estos factores. Aquí, la nomenclatura médica indica que esta persona tiene un desorden o disforia en su identidad de género.

La existencia de personas que no se adecuan a ninguna de las dos opciones de sexo-género aceptadas por la sociedad provoca una discusión muy extensa, rica e inacabable, en distintas disciplinas científicas y humanistas, acerca de cómo se construye la identidad de género. Alice Dumarat Dreger expresa:

... cuando miramos a los hermafroditas estamos forzados a reconocer cuán variables, incluso “normales”, son las distintas características sexuales. De hecho, comenzamos a preguntarnos cómo y por qué caratulamos algunos rasgos y a algunas personas como hombres, mujeres o hermafroditas. Vemos que los límites están establecidos por muchas razones, y que podrían ser y han sido establecidos de muchas maneras distintas y que aquellos límites tienen tantos efectos complejos como tienen causas (1998: 5).⁵

¿Cuál es la relevancia del sexo biológico en dicha construcción? ¿Cuánta influencia ejerce el ambiente social que circunda a las personas? ¿Qué prevalece en la confección de la identidad de género, el sexo biológico o la crianza y el contexto social? Lo cierto es que el debate sobre el determinismo biológico del género o su construcción social se mantuvo dentro del marco epistemológico, por demás reduccionista, de la distinción entre naturaleza y cultura.

Durante la última centuria, la política de asignación de sexo-género femenino o masculino a los infantes intersex, en especial a aquellos con genitales

falta de algunas características femeninas tales como el crecimiento del busto y la menstruación); el síndrome de Klinefelter (afecta a infantes con cromosomas xxy y provoca la falta de algunas características masculinas externas). Esta última forma de intersexualidad se da en 1 de 500 infantes recién nacidos y en más del 3% de los hombres que buscan tratamiento por infertilidad (ver Fausto-Sterling, 2000). Para una explicación de los tipos y frecuencia de los diagnósticos de intersexualidad, ver el trabajo de Katrina Karkasis, 2008

⁴ Según el Informe introductorio de “Intersex Issues in the International Classification of Diseases: a revision”, 2.1. Disponible en <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2015/10/intersex-issues-in-the-icd.pdf>

⁵ Suzanne Kessler, por su parte, sostiene que “el futuro de los intersexuales es en algún sentido el futuro del género” (1990: 131).

Subordinaciones invertidas

“ambiguos”, se ha visto influenciada o incluso determinada por los términos de este debate, un debate que a su vez ha contorneado el tratamiento de otras opciones de género tales como las transgénero, transexual y travesti respecto de personas adultas, niñxs y adolescentes.

Hasta los años cincuenta, la asignación de género se basó en el “sexo predominante o verdadero”, que, primero, fue definido en términos de la apariencia de los genitales externos; luego, en términos de las gónadas y su histología, y más tarde, en términos del sexo cromosómico. En cada una de estas etapas había un convencimiento fuerte de que el infante era criado conforme a su “sexo verdadero”. A partir de la década del cincuenta, un nuevo concepto impulsado por el psiquiatra y sexólogo John Money reemplazó al de “sexo verdadero”.⁶

Según la teoría del “género óptimo”, la identidad de género se construye socialmente. En su trabajo, Money observó que la identidad de género en gran medida seguía al género de asignación y crianza, no necesariamente al sexo cromosómico, gonadal o genital. El quiebre que la teoría del “género óptimo” produce respecto de su predecesora consiste en que rechaza la noción de una identificación natural con el sexo biológico de la persona y, en cambio, postula que es crucial para el desarrollo de la identidad sexual la asignación de sexo seguida por una crianza en sintonía con este (ver Fausto-Sterling, 2000). Por ello, cuando los bebés presentan genitales “ambiguos”, se los debe “corregir” por medio de cirugías de asignación de sexo.⁷ De acuerdo con esta teoría, la asignación de género debe basarse en el resultado óptimo esperado en términos del funcionamiento psicosexual, reproductivo y psicológico en general.

Según Money y sus seguidores, la asignación de sexo-género debe hacerse lo antes posible ya que la identidad de género es “corregible” hasta, aproximadamente, los dieciocho meses de edad. La cirugía de asignación de sexo debe realizarse cuando el tamaño del pene estirado es menor de dos centímetros y, además, en la pubertad se deben administrar las hormonas correspondientes (ver Kipnis y Diamond, 1999). Conforme a esta postura, es muy importante que dichos infantes sean criados como niñas o niños sin que quede ninguna evidencia de la existencia de la anomalía o ambigüedad de los genitales

⁶ Para una discusión crítica de los conceptos de diagnóstico de John Money, ver Downing *et al.*, 2014.

⁷ Penes pequeños o clítoris grandes son removidos y en su lugar se crean vaginas artificiales. Dado que es más sencillo construir una vagina que un pene satisfactorio, en la “corrección”, en la gran mayoría de los casos, se opta por la reasignación del sexo femenino, salvo que el infante tenga un pene de tamaño adecuado para una asignación de género masculino (ver Diamond y Sigmunds, 1997).

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

dado que, se asegura, la identidad de género seguirá la anatomía percibida. Asimismo, para que la construcción social del género sea exitosa, los padres no deben tener ninguna duda acerca de si su hijo es varón o mujer, y a los infantes se les debe informar sobre su situación con explicaciones apropiadas para su edad (ver Kessler, 1990). En esta mirada subyace la creencia de que los niños son psicosexualmente neutrales, que tanto consciente como inconscientemente notan la presencia o ausencia del pene, observan las distinciones sociales entre hombres y mujeres y se comportan de acuerdo con los estándares de género existentes en el lugar en el que son criados.⁸ Por ello, ante cualquier duda respecto de su sexualidad, debe asignárseles una cuanto antes. De más está decir que esta corriente no cuestiona el modelo dominante bipolar de sexo-género sino que, por el contrario, tal modelo bipolar es la premisa normativa sobre la que se funda su conocimiento.

En gran parte, Money basó su teoría en el famoso caso John/Joan (ver Colapinto, 2000; Diamond y Sigmunds, 1997; Fausto-Sterling, 2000). Siguiendo el consejo de Money, los padres de un bebé “normal” (John) que a los siete meses de edad había sufrido la ablación del pene en una fallida circuncisión, accedieron a que, dentro del año, John fuera sometido a una operación para crearle una vagina a los efectos de facilitar su feminización para luego ser criado como una nena. A fin de reforzar el tratamiento, todos los años Money y su equipo examinaban a Joan en el hospital John Hopkins de Baltimore. De su observación concluyeron que el tratamiento había sido un éxito y que John había aceptado su vida como Joan. A diferencia de los casos que hasta entonces había tratado Money, este no involucraba a un infante intersex, sino que John era un bebé cuyo sexo no presentaba dudas. Además, John tenía un hermano gemelo, circunstancia que hacía el caso más interesante ya que, si John adoptaba definitivamente la identidad femenina a pesar de convivir con la identidad opuesta de su hermano gemelo, se demostraba sin lugar a dudas la construcción social del género. El éxito del tratamiento en este caso les permitía a Money y sus colaboradores comprobar en forma contundente la prioridad de la socialización sobre cualquier mandato de género que la naturaleza pareciera imprimir sobre el cuerpo sexuado; se afirmaba de este modo que la identidad sexual es una construcción social.

⁸ En la teoría psicoanalítica clásica se creía que la conciencia de los propios genitales jugaba un rol fundamental en la conformación de la identidad de género, pero esta creencia se vio erosionada por la observación de que en infantes con agenesia peniana 46 XY criados hombres puede formarse una identidad masculina en ausencia del pene (ver Meyer-Bahlburg, 2005).

Subordinaciones invertidas

Muchos años después del informe que daba cuenta del éxito del tratamiento en el caso John/Joan, los doctores Milton Diamond y Keith Sigmunds realizaron un seguimiento del caso y descubrieron que John en realidad nunca había aceptado el género bajo el cual había sido criado, razón por la cual a los quince años empezó a vivir como hombre. Luego del descubrimiento del fracaso del caso en el que, en gran parte, Money y su equipo habían basado la teoría relativa a la prevalencia de lo social en la construcción del sexo-género, esta fue objeto de profundas críticas que llevaron a revisar el protocolo médico seguido en los casos de genitales “ambiguos”.

Dichas críticas consideran que la naturaleza establece un límite a la identidad de género y que, dentro de estos límites, las fuerzas sociales interactúan y se formulan los roles de género. Además, sostienen que no existe evidencia de la veracidad de los postulados relativos a que las personas son psicosexualmente neutrales al nacer o que un desarrollo psicosexual sano depende del aspecto de los genitales, sino que, por el contrario, existe una predisposición psicosexual innata en la sexualidad de una persona (ver Diamond y Sigmunds, 1997). Los mayores desafíos al paradigma que sostiene que la identidad de género depende enteramente del ambiente social provienen del campo de la neurociencia.⁹ Por ejemplo, en el caso John/Joan, Diamond y Sigmunds concluyeron que el andrógeno prenatal al que estuvieron expuestos los mellizos fue más fuerte que la socialización en la constitución del género (conclusión que, a su vez, muchos investigadores ponen en duda ya que todavía no ha sido probada la influencia que la exposición prenatal a andrógenos tiene en la conformación del género). Esta circunstancia indicaría que no se puede transformar socialmente –ni siquiera con la ayuda de cirugías y tratamientos hormonales– a una nena en un nene, ni viceversa.

Debe señalarse que, además de la tortura física y psicológica que las personas intersex han sufrido para hacerlas encajar en las categorías de sexo-género tradicionales, estas personas reportan que una de las consecuencias inmodificables de las cirugías es la supresión de la capacidad para sentir placer sexual.

⁹ Entre otros, algunos de estos estudios se refieren a la diferenciación del sexo en el cerebro, a los efectos neuroendocrinológicos sobre conductas, rasgos y preferencias de género atípicas. También hay otros estudios referidos al resultado a largo plazo que tuvo la asignación de sexo-género original en individuos intersexuales (Fausto-Sterling, 2000). También se pueden ver las investigaciones que apuntan a la “hipótesis endócrina medioambiental” de Christine Johnson comentadas en el último capítulo del libro de Deborah Rudacille, 2005.

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

En la mayoría de los casos, los cuerpos intersex han sido desensibilizados por la cirugía genital.¹⁰

Para Money y sus seguidores, la intersexualidad es el resultado de procesos esencialmente anormales, por ello consideran que los pacientes necesitan tratamientos médicos (cirugías de asignación de sexo y/o tratamientos hormonales) para resolver esa “ambigüedad” y poder subsumirlos en alguna categoría del par hombre/mujer. La intersexualidad es vista como una enfermedad, como una anomalía que debe remediarse circunscribiéndola en alguna de las dos categorías de sexo-género “normales” y “naturales” aceptadas y autorizadas por los parámetros sociales vigentes sobre la normalidad del sexo y del género.

Desde que en la década del noventa salió a la luz el fracaso y el engaño del caso John/Joan, los padres de niños y adolescentes intersex, adultos intersex, médicos y otras personas involucradas en este tema han denunciado la política de normalización y han sugerido nuevos modos de entender el género que se aparten del abordaje contemporáneo de la intersexualidad (es decir, el manejo médico de los infantes intersex, los protocolos médicos para realizar cirugías de asignación de sexo, el tratamiento de la información que se les debe proveer a los padres y al infante, los criterios para evaluar el consentimiento informado de los niños y adolescentes intersex y de sus padres). Este abordaje está basado en creencias y prejuicios culturales, tanto de los médicos como de los padres, que terminan marcando para siempre el cuerpo y la psiquis de las personas intersex.¹¹

El activista trans Mauro Cabral cuestiona la normalidad de la mirada hegemónica sobre el género cuando afirma que “la intersexualidad no es una enfermedad, sino una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal, criterios que establecen [...] un mínimo posible para el largo de un pene culturalmente admisible, la máxima extensión de un clítoris culturalmente aceptable” (2003: 121). Ello no obsta para que existan algunas falencias específicas que afectan a las personas intersex, que pueden tener consecuencias comprobables en su bienestar físico y que son tratables y mejorables por la medicina.

¹⁰ *Clitoral resection, penile disassembly, pubic skin flaps, urethral mobilizations, glans separation, removal of erotogenic tissue* son algunos de los procedimientos médicos llevados a cabo en los cuerpos de los infantes intersexuales. El trabajo de Iain Morland sobre la fenomenología del sentir de las personas intersex ilumina la experiencia del sentir de los cuerpos que han sido modificados por medio de cirugías (2009; 2012).

¹¹ En igual sentido, ver el trabajo realizado por la Sociedad Intersexual de Norteamérica (Intersex Society of North America, ISNA) en www.isna.org.

Subordinaciones invertidas

Los prejuicios y creencias culturales mantenidas por la ciencia biomédica requieren que la “ambigüedad” genital sea remediada para conformarla a los estándares “naturales”, en otras palabras, a la norma indiscutida de la binariedad sexual. Por consiguiente, el manejo de los casos de intersexualidad que hacen los médicos que llevan a cabo cirugías de asignación de sexo en recién nacidos busca la prevalencia de lo “normal” por medio de la asignación sexual de una de las dos categorías de sexo-género socialmente aceptadas. De hecho, los médicos todavía emplean el siguiente protocolo para determinar la asignación del sexo-género a los niños intersex: “la persona genéticamente mujer debe ser siempre criada como mujer, preservando el potencial reproductivo más allá de cuán virilizados están los pacientes. En el caso del hombre genético, sin embargo, la asignación del género está basada en la anatomía del infante, predominantemente en el tamaño del falo” (Fausto-Sterling, 2000: 57). Este protocolo médico relativo a la asignación de género refleja a las claras las creencias culturales sobre el sexo basadas en la procreación y en la centralidad del falo. Según el doctor Heino F. L. Meyer-Bahlburg tales creencias culturales dependen de:

1) las presuposiciones teóricas de los clínicos relativas a los determinantes del género, 2) la importancia otorgada a resultados tales como la disforia de género/cambio de género, fertilidad, funcionamiento sexual, orientación sexual y calidad de vida en general, y 3) las opciones de tratamiento médico disponibles en cierto momento (e.g., tratamiento hormonal sexual y técnicas específicas de cirugía genital) (2005: 423).

En este sentido, corresponde tener presente que, aplicando la política de género óptimo de Money, muchos autores recomendaron la asignación de género femenino en el caso de anomalías genitales no hormonales graves dada la imposibilidad de crear un pene funcional en su momento.

El género no solo es una construcción social en la teoría, sino que, literalmente, puede ser construido a través de la intervención humana. Fausto-Sterling señala que el conocimiento desarrollado por las disciplinas médicas les da a los médicos el poder de mantener una mitología de lo normal al modificar el cuerpo intersex de modo tal que quepa dentro de alguno de los dos cubículos aceptados (2000). Así, para asegurar la preservación de las divisiones de género, deben controlarse y normalizarse aquellos cuerpos que son tan disruptivos como para llegar a borrar los límites de tal división (ver Kessler, 1990).¹² Dado que

¹² Kessler sostiene que, en realidad, “las operaciones de asignación de sexo en bebés no se realizan porque la ambigüedad genital sea una amenaza para el bebé, sino porque lo es para la cultura del bebé” (1990: 32-33).

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

las personas intersex abarcan o, visto de otro modo, excluyen, ambos sexos en todo o en parte, significan una enorme amenaza y terminan debilitando los argumentos que descansan en la diferencia del sexo-género.

En las décadas del sesenta y del setenta, las ideas de Money atrajeron la atención del feminismo ya que ofrecían la oportunidad de apartarse de las limitaciones impuestas a las mujeres por la biología y las normas sociales, y abría de este modo un nuevo espacio de cambio social (ver Rudacille, 2005). La premisa relativa a la posibilidad de diferenciar entre el dominio cultural y el biológico en la que se basaba la distinción sexo-género posibilitó un nuevo campo de estudio para la investigación feminista referido a la variabilidad cultural e histórica del género. De este modo, el feminismo desafió al determinismo biológico establecido dogmáticamente por una ciencia que era sexista.

Distintas vertientes de teorías feministas han fundado sus críticas contra los estereotipos de género masculino y femenino que se siguen de la división “natural” del sexo en el par mujer/hombre. Su principal foco de atención consiste en desnaturalizar estos estereotipos ya sea en virtud de que las categorías de género femenino/masculino están establecidas por la hegemonía heterosexual con su tabú sobre la homosexualidad, ya sea porque conforman un sistema de jerarquía social y de imposición de poder desigual que ubica a la mujer como inferior al hombre. Pero todo esto ocurre, sin embargo, sin cuestionar la “naturalidad” de dicha división. Diana Maffía y Mauro Cabral aciertan cuando dicen que “no se discute la realidad de las diferencias sexuales, sino la legitimidad de los estereotipos construidos por la sociedad sobre esas diferencias, como si el sexo constituyera una materialidad inapelable” (2003: 86).

La preocupación que existe entre algunas feministas por la apropiación de la diferencia sexual por parte de los intereses de los movimientos transgénero e intersexual (que, entre otras cosas, tratan de procurarse el derecho a acceder a las tecnologías que facilitan la reasignación de sexo) lleva implícita la creencia de que el género puede y debe derivarse inequívocamente de una anatomía que se presume natural. Judith Butler alerta contra esta concepción al afirmar que la anatomía y el sexo no existen sin un marco cultural. Por el contrario, el género debe entenderse como una forma cultural de configurar el cuerpo, razón por la cual está abierto a su continua reforma (2004). Es por ello que solo quienes han teorizado sobre los desafíos que plantean las personas transgénero e intersexuales al dualismo sexual han cuestionado la naturalidad de la división entre el hombre y la mujer. Por ejemplo, Butler, en el prefacio a la edición del año 1999 de *Gender Trouble*, dice que si tuviera que reescribir ese libro hoy en día “incluiría una discusión sobre transgénero e intersexualidad, la manera en

Subordinaciones invertidas

la cual trabaja el dimorfismo de género ideal en ambos tipos de discursos, las diferentes relaciones con la intervención quirúrgica que estas preocupaciones relacionadas mantienen” (2007: xxvii).¹³ Ello implica una concepción de la corporalidad que expone la ficción de conceptos tales como hombre y mujer y que obliga a reflexionar sobre qué criterios se adoptan a la hora de seguir empleándolos y definiéndolos.

Una forma de empezar a cuestionar el binarismo parte de entender que el sexo no puede ser nunca anterior al género ya que el género es la norma a través de la cual se lo piensa, es decir, el mismo sexo biológico con su presunto binarismo es resultado de una lectura ideológica del cuerpo. Por lo tanto, no tiene sentido definir el género como una interpretación cultural del sexo si el sexo mismo es una categoría ya generizada (*gendered*).

Tal como refiere Judith Butler, el cuerpo es un sistema que simultáneamente produce y es producido por significados sociales, es el resultado de acciones combinadas y simultáneas de la naturaleza y lo social (1993). Según esta autora, el sexo no solo funciona como una norma, sino que también es parte de una práctica regulatoria que produce los cuerpos que gobierna, esto es, su fuerza regulatoria se muestra claramente como un tipo de poder productivo, con capacidad de demarcar, circular y diferenciar los cuerpos que controla. Tratar la materialidad del sexo como algo dado presupone y consolida las condiciones normativas de su propio surgimiento. Es por ello que le interesa indagar a través de qué normas regulatorias se materializa el sexo. Al respecto, indica:

¹³ Varios años después escribió sobre estos temas en su libro *Undoing Gender* (2004), en particular en la introducción y en los capítulos 3 y 4. En una entrevista reciente explica: “*El Género en disputa* fue escrito 24 años atrás, y en ese momento no pensé lo suficiente sobre las cuestiones trans. Algunas personas trans creyeron que al afirmar que el género es performativo yo estaba diciendo que todo era una ficción, y que el género sentido por la persona era por lo tanto ‘irreal’. Esa nunca fue mi intención. Busqué expandir nuestro sentido de lo que podían llegar a ser las realidades de género. Pero creo que tendría que haber prestado más atención a lo que las personas sentían, a cómo es registrada la principal experiencia del cuerpo, y la demanda urgente y legítima de que tales aspectos del sexo sean reconocidos y apoyados. No fue mi intención argumentar que el género es fluido y cambiante (el mío por cierto no lo es). Solo quise sostener que debemos tener mayores libertades para definir y vivir nuestras vidas sin patologización, sin incomprensión, acoso, amenazas de violencia, violencia y criminalización”. Cristian Williams, “Gender Performance: The TransAdvocate interviews Judith Butler”, 1/05/2014. Disponible en http://www.transadvocate.com/gender-performance-the-transadvocate-interviews-judith-butler_n_13652.htm#sthash.aTJYTd9FP1tDYlrF.dpufhttp://www.transadvocate.com/gender-performance-the-transadvocate-interviews-judith-butler_n_13652.htm

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

El mismo concepto de sexo es problemático dado que se ha formado a través de una serie de cuestionamientos sobre lo que debe ser el criterio decisivo para distinguir entre los dos sexos; el concepto de sexo tiene una historia que está cubierta por la figura del sitio o superficie de inscripción. Imaginado como tal sitio o superficie, sin embargo, lo natural es construido como aquello que tampoco tiene valor; más aún, asume su valor al mismo tiempo que asume su carácter social, es decir, al mismo tiempo que lo natural se rinde/renuncia como lo natural (1993: 5).

Su carácter social se evidencia en las prácticas, estándares, experimentos e investigaciones médicas que son producidos dentro de un sistema social con determinadas creencias sobre el sexo y el género.¹⁴ Donna Haraway señala que las ciencias biosociales no solo han sido espejos sexistas de nuestro mundo social, sino que también han sido herramientas para la reproducción de dicho mundo, tanto al brindar ideologías legitimadoras como al aumentar su poder material. También destaca el rol que las redes científicas desempeñan en determinar crucialmente quién hace la ciencia y qué ciencia es considerada buena, y muestra cuán profundamente las creencias culturales penetran en la investigación médica, supuestamente neutral en valores. Tal penetración es observable en el caso del protocolo médico actual que indica la cirugía a fin de “reconstruir” los cuerpos diferentes –pero sanos– de los infantes, para hacerlos “normales”.¹⁵

Al depender de conceptos culturales, las creencias y criterios utilizados para definir el sexo de una persona se han modificado con el paso del tiempo.¹⁶ Katrina Karkasis sostiene que “el cuerpo, lejos de ser un todo orgánico

¹⁴ Ver Haraway, 1991. Este libro trata sobre la invención y reinención de lo natural.

¹⁵ Según Suzanne Kessler, “los procesos y directrices a partir de los cuales se adoptan decisiones sobre la (re)construcción del género revelan en gran parte el modelo para la construcción social del género”, (1990: 12).

¹⁶ Para un análisis histórico exhaustivo de la construcción de la sexualidad humana, ver las obras de Michel Foucault (1980), Alice Dumarat Dreger (1998), y Thomas Laqueur (1992). Este último autor, por ejemplo, rastreó a lo largo de la historia de la humanidad dos modelos de construcción histórica del sexo-género. Por un lado, en la postura de “un sexo”, la mujer es una versión imperfecta del hombre y su anatomía y fisiología se construyen de acuerdo con esta mirada. La vagina se considera un pene interior, el útero un escroto y los ovarios los testículos. De esta manera, el cuerpo es una representación, no la base fundacional del género social. Por su parte, la segunda construcción histórica relativa al modelo de “dos sexos” estipula que el cuerpo establece las diferencias de género, que la mujer es lo opuesto al hombre con órganos, funciones y sentimientos completamente distintos. Este segundo modelo tiende a dominar el pensamiento post-Iluminismo, mientras que el modelo de un sexo pertenece al conocimiento clásico. Por momentos, ambos modelos se han superpuesto.

Subordinaciones invertidas

autoevidente, es como mucho una construcción nominal y un espacio fantasmagórico imaginado muy diferentemente a lo largo del tiempo y en contextos culturales variados” (2008: 10). Yendo aún más lejos, Alice Dumarat Dreger afirma que la respuesta a la pregunta acerca de cuál es realmente la clave para ser un hombre, una mujer u otro “necesariamente cambia con el tiempo, con el lugar, con la tecnología y con las serias implicancias –teóricas y prácticas, científicas y políticas– de cualquier respuesta. La respuesta es, en un sentido crítico e histórico, específica del tiempo y el lugar” (1998: 9). De nuevo, y en un sentido similar, para Butler la construcción del sexo no es ni un solo acto, ni un proceso causal iniciado por un sujeto que culmina en un conjunto de efectos fijos, sino que está situado en el tiempo y “es en sí misma un proceso temporal que opera por medio de la reiteración de normas; el sexo es producido tanto como desestabilizado en el curso de esta reiteración. Como un efecto sedimentado de una práctica reiterativa o ritual, el sexo adquiere su efecto naturalizado” (1993: 10). Por consiguiente, de acuerdo con las autoras citadas, las diferentes interpretaciones sobre qué es lo “natural”, “normal” o “ambiguo” dependerán necesariamente de la concepción que prevalezca sobre el género y el sexo en un lugar determinado y en una época específica.

La perspectiva del “*continuum*” del sexo-género

Como se ha visto hasta aquí, si hay algo que sí puede saberse científicamente es que el simple criterio biológico es inadecuado para determinar el sexo-género de la persona.

El reconocimiento de la existencia de las personas de género variado obliga a transformar las concepciones tradicionales sobre el género y el sexo y crea la necesidad de redefinir la sexualidad humana de acuerdo con un modelo más abarcador e integrador de las diferencias sexuales. Dicho modelo concibe la sexualidad como un *continuum* de distintas variantes de sexo-género, es decir, como una permanente variación de alternativas disponibles de sexo-género con las que puede identificarse y en las cuales puede habitar una persona. Según esta visión, la sexualidad humana está compuesta por una continuada convivencia y mezcla de identidades sexuales que va más allá de la simplista categorización binaria de hombre/mujer (ver Rudacille, 2005: 30). Además, esta mirada rechaza la idea de que existe un vínculo esencial entre el sexo biológico de una persona al nacer y la representación de género de una persona a lo largo de su vida.

Son muchos los modelos que pueden desarrollarse para representar esta idea. Según uno de ellos, los sexos-géneros de hombre y mujer se ubicarían en los

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

extremos finales de un *continuum* biológico de la sexualidad (Fausto-Sterling, 2000: 31). Otro modelo de una sexualidad “continuada” podría sostener que las categorías binarias de género no representan límites fijos en los extremos del espectro de sexualidades y géneros posibles, sino que consisten en alternativas entre muchas otras. Esto se correspondería con un modelo no lineal, uno que coloca a cada sexo-género como una estrella flotante en una constelación en la que no existen los extremos, ni los bordes y en la que todo el tiempo aparece una estrella nueva.

Respecto de las personas intersex, la invocación de un *continuum* natural entre los genitales intersex y los genitales de mujer o varón convencionales es sumamente incierta. Ello se observa en afirmaciones, provenientes usualmente de médicos, respecto de que los genitales ambiguos son tipos inconclusos de genitales masculinos o femeninos. Aquí, la apelación al *continuum* del sexo-género, no sirve para expresar el hecho de que la anatomía de una persona intersex ha sido alterada de forma irreversible por la cirugía. Incluso, si al nacer la persona intersex era ubicable en un *continuum* en relación con los genitales no ambiguos, “luego de la cirugía, la anatomía genital se sitúa radicalmente en otro lugar” (Morland, 2012: 25).

Cualquiera sea el esquema elegido para representar la idea del *continuum* sexual, es importante resaltar que ella no implica necesariamente eliminar la diferencia de género, dado que tal diferencia existirá en la medida en que las personas sigan decidiendo habitar los cubículos de hombre y mujer. Pero esto no debe significar la exclusión de otras variantes de género o que las que existen no puedan flexibilizarse, ni que se entronice a alguna o algunas de ellas. La teoría física conocida como lógica difusa (*fuzzy logic*)¹⁷ aplicada al análisis de la dicotomía del sexo-género sirve para describir lo que aquí se entiende por *continuum*. Según relata Amalia Fischer Pfaeffle:

...[para esta lógica] explicar fenómenos complejos según el esquema de lo verdadero y falso no es posible. Para tratar de explicárnoslo, es necesario salir de la lógica excluyente y entrar en otra lógica, que no deje afuera la posibilidad de la multiplicidad o del multivalor, lo que implica entrar en el mundo del pensamiento complejo donde sistemas, subsistemas o cuerpos están permanentemente en orden-desorden-auto-organización. Estos sistemas, lejos de estar en un equilibrio, en un orden, están más bien en desequilibrio, en un desorden que contiene su propio orden. Dentro de un

¹⁷ La teoría de la lógica difusa fue formulada en 1965 por el ingeniero y matemático Lofti Zadeh.

Subordinaciones invertidas

sistema, cuando un factor extraño entra en él, produce un desorden que modifica las condiciones iniciales en las que se encontraba (2003: 10-11).

La idea de una sexualidad “continuada” requiere pensar los fenómenos de la realidad fuera de la lógica de la dicotomía orden o desorden, real o verdadero, hombre o mujer, normal o anormal y ambiguo. Por el contrario, debe estudiarse “la complejidad que se establece en los procesos, tomando proceso aquí como una serie de hechos que llevan a otra serie de hechos y así sucesivamente. Es como si no existiera ni comienzo ni fin, y sí un *continuum*” (Fischer Pfaeffle, 2003: 10-11). Desde este punto de vista, el objetivo consiste en desarrollar la habilidad para pensar fuera de la simplicidad y el reduccionismo que genera la lógica binaria.

Esta concepción de la sexualidad no es del todo nueva. Ya en 1920 Magnus Hirschfeld fue el primero en afirmar que existían más de dos sexos/géneros. Este médico concluyó que las diversas formas de variantes de género que existían –desarrolló un sistema que categorizaba 64 tipos posibles de lo que llamó “intermedios sexuales”– eran el resultado de anomalías endocrinológicas y que, por lo tanto, tenían una base biológica. Hirschfeld creía que la homosexualidad, el travestismo y otras formas de variantes de género eran un fenómeno importante, extendido y natural, y que el derecho y las costumbres sociales debían adecuarse de una forma racional a esta existencia natural de diversos tipos de seres humanos. No pensaba que eran perversiones o patologías. Con la posguerra, la teoría de los intermedios sexuales fue abandonada en una era en la que el predominio de teorías psicoanalíticas reforzaba las distinciones entre los sexos-géneros.

No debe confundirse esta idea del *continuum* sexual con la categoría de un tercer género que ha existido en muchas culturas. Algunos ejemplos son los aborígenes norteamericanos berdache o “personas de dos espíritus”, los hijras de la India, los sambian kwolu-aatmwol en Nueva Guinea, o el caso de algunos pueblos de la República Dominicana.¹⁸ Las tradiciones prehispánicas también muestran la existencia de géneros intermedios.¹⁹ El colonialismo ha sido el

¹⁸ Estos ejemplos son mencionados en gran parte de la bibliografía citada en este trabajo. Ver, además, el libro de Alison Shaw y Shirley Ardener (2005), que en el capítulo 6 trata sobre los tomboi en el sur de Filipinas y en el capítulo 5, sobre el tercer sexo o las “vírgenes prometidas” –*sworn virgins*– en Albania. Ver también Gilbert Herdt (1994). Ambos libros cuestionan el lugar del dimorfismo sexual en la cultura y la historia.

¹⁹ Al respecto ver la obra de Giuseppe Campuzano (2013) “Reclamando las historias travesties” y, en particular, su proyecto sobre el Museo Travesti del Perú. Disponible en <http://hemisphericinstitute.org/hemi/es/campuzano-presentacion>.

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

gran responsable de forzar el encajamiento de estos géneros en el binarismo y de promover con ello el borramiento de las culturas en las que había –en muchas todavía existe, aunque estén menospreciadas– un tercer género (ver Campuzano, 2013; Dutta, 2012). Por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XIX, la administración colonial británica buscó de forma activa criminalizar y negar sus derechos a la comunidad hijra. La administración colonial consideraba que esta comunidad era una casta o tribu distinta y que sus costumbres y roles de género eran “desviados” (ver Reddy, 2006).

En estas culturas, la distinción binaria entre el sexo y el género se vuelve borrosa dado que el aspecto morfológico del sexo es menos importante para la comprensión y categorización del género. Salvo que se entienda la idea del tercer género como aquella que engloba todas las variaciones de sexo-género que no pueden encuadrarse en las otras dos, puede ser limitada para capturar en su totalidad la noción de la multiplicidad de la sexualidad humana. Esta multiplicidad implica el supuesto de que hay tantos tipos de sexualidad como personas dispuestas a imaginárlas, vivirlas y reinventarlas, independientemente de si la mayoría decide habitar una de las dos categorías tradicionales.

En algunos países del mundo se empiezan a ver iniciativas destinadas a aceptar alguna idea sobre un tercer género. En noviembre de 2013, Alemania sancionó una ley que permite a los padres optar por no determinar el género de sus bebés en las partidas de nacimiento. Dicha elección se realiza dejando los casilleros de varón y mujer sin llenar. La nueva ley busca evitar la necesidad de etiquetar a un bebé intersex como varón o mujer antes de que el niñx sea lo suficientemente grande como para elegir (Nandi, 2013).

Esta medida fue calificada en varios medios de comunicación como una revolución social y jurídica. Sin embargo, la legislación alemana no ha reconocido un tercer género, sino que se ha implementado una solución temporaria para los casos de intersexualidad, temporaria dado que no se espera que lxs niñxs vivan luego sus vidas como X; por el contrario, en el futuro deberán optar por uno de los dos géneros ya reconocidos. Permitir que los padres dejen los casilleros de varón y mujer en blanco no es lo mismo que reconocer oficialmente un tercer género.

Una pregunta pertinente para formularse es por qué etiquetar el sexo-género de todos los recién nacidos. El hecho de que a los bebés que no presentan genitales indeterminados se los siga clasificando como varón o mujer perpetúa la idea del binario como la única opción normal, válida. Además, dejar en blanco un casillero acarrea la estigmatización social que la indefinición representa. Parece difícil que los padres opten por esta posibilidad cuando todavía no está

Subordinaciones invertidas

aceptado socialmente que las personas transiten por su libre elección entre los distintos géneros.

Por ello, lo que a primera vista ha sido recibido como buenas noticias para las personas intersex, en realidad no altera la patologización a la que están expuestas. La sección europea de la Organización Intersex International (OI) se pregunta: “¿Quién determina que a un niñx no se le asigne ni el sexo masculino ni el femenino? De acuerdo con la práctica actual: solo la medicina. El poder para decidir lo que es el sexo y a quien se debe asignar qué género continúa intacto con la nueva regulación”.²⁰ Dado que la ley establece que a lxs bebés intersex no se les puede asignar ninguno de los dos sexos válidos, existe el temor fundado de que los padres recurran a las cirugías normalizadoras del sexo para poder incluirlos en alguno de los dos casilleros.²¹

Australia ha admitido un tercer casillero x en los documentos personales de identidad para las personas que no se identifican como mujer u hombre.²² Lo mismo ya existía diez años antes en los pasaportes (ver Wilson, 2013). La x representa el sexo “inespecífico/intersex/indeterminado”.²³ Las personas, solo las adultas, que soliciten ser clasificadas por la x, deben presentar una carta de su médico que indique que el solicitante vive como una persona de género indeterminado, desconocido o no específico. Las personas intersex pueden identificar su género tanto como hombre, mujer o x dado que intersex no es lo mismo que una identidad no binaria. De todos modos, no debe entenderse que esta x implica que el gobierno australiano haya reconocido un tercer género arbitrario, sino que consiste en un marcador que permite reconocer un espectro de posibilidades biológicas.

²⁰ Vioria, Hida, “Germany’s Third-Gender Law Fails on Equality. When a choice isn’t really a choice”, 6/11/2013. Disponible en <http://www.advocate.com/commentary/2013/11/06/op-ed-germany-s-third-gender-law-fails-equality>.

²¹ Ver Feder, Ellen “Germany Has an Official Third Gender”, 7/11/2013. Disponible en <http://www.theatlantic.com/health/archive/2013/11/germany-has-an-official-third-gender/281254/>

²² Ver “The Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender” (manual australiano sobre el reconocimiento del sexo y género), 2013. Disponible en <http://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.PDF>. This guidelines were initiated by intersex advocates and the Australian government worked closely with them to address their needs.

²³ Según el manual australiano sobre el reconocimiento del sexo y género, una persona de sexo o género indeterminado es alguien cuyo sexo biológico no puede determinarse de manera certera o alguien que no se identifica ni como hombre ni como mujer.

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

El uso del paradigma de sexo-género dual para tornar invisible la infinidad de interdependencias que existen entre los pares hombre/masculino y mujer/femenino niega la composición “continuada” de sexualidades alternativas que podrían permitir a los seres humanos crear diferentes culturas de género para identificar sus estatus sexuales junto con un amplio espectro de posibilidades. Esta identificación personal no tiene por qué ser estática y definitiva, sino que puede redefinirse tantas veces como la persona lo desee durante su vida. Más aún, una amplia gama de representaciones de género debería estar disponible para todas las personas a fin de posibilitar la elección y el ejercicio del plan de vida que prefieran vivir.

El mandato social de acomodarse a la diferencia binaria impide y sanciona, a través del ostracismo social, cualquier desvío respecto de los estereotipos masculino y femenino. Tal mandato no solo ordena que las personas se comporten conforme a los estándares correspondientes a alguno de los dos sexos-géneros, sino que, además, y tal vez más urgente aún, manda realizar cirugías y otro sinnfín de tratamientos invasivos de la privacidad, autonomía e integridad física del individuo para (re)acondicionar el sexo a alguna de las categorías sexuales aceptadas, con consecuencias nefastas para la salud psicológica, física y sexual de muchas personas. Sobre todo, el mandato de género binario impide modificar el cuerpo y los documentos para adaptarlos a la identidad de género autopercibida. Tal como se argumenta en el capítulo 3, la limitación que impone el binarismo sexual a la constitución de la identidad individual acarrea una violación a los derechos humanos reconocidos a nivel constitucional e internacional (derecho a la dignidad humana, a la vida, a la seguridad personal, a la libertad de expresión, a la autonomía personal, etcétera).

Revisar y desandar la binariedad del sexo-género implica, entonces, rever la consistencia práctica y moral de muchos acuerdos sociales explícitos e implícitos sobre aspectos, arreglos e instituciones básicos de nuestras vidas y de nuestra sociedad, que van desde qué color y prendas de vestir le corresponden a cada sexo-género, qué fila formar en la escuela o en la mesa electoral, qué baño público utilizar, qué orientación sexual tiene una persona si no se define conforme a la binariedad –asumiendo que la orientación sexual está definida “correctamente” en términos de heterosexualidad, bisexualidad y homosexualidad dado que el deseo sexual también está construido sobre el binarismo sexual–, hasta validar la realización de cirugías y la afirmación de la identidad de las personas de sexo variado. Desarmar la dualidad hombre/mujer tiene consecuencias en la constitución y reinvencción de la identidad personal de los seres humanos, tanto de aquellas personas cuyos cuerpos y mentes no son encasillables en el

Subordinaciones invertidas

par binario como de aquellas que sí. Para ello, deberían crearse las condiciones sociales y jurídicas para que las personas puedan identificar y desarrollar su estatus sexual junto con un *continuum* de posibilidades.

La autoridad médica cuestionada

El *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana, y la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades* (CIE),²⁴ elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) –que está muy influida por el manual–, son dos textos que sirven de base para el disciplinamiento médico-científico de los cuerpos en una de las dos categorías de sexo-género aceptadas.²⁵ El primero de ellos ha sido modificado en el año 2013. Se elimina el término “trastorno de identidad de género” y se lo reemplaza por “disforia de género”, es decir, por la angustia que sufre la persona que no está identificada con su sexo masculino o femenino. A diferencia del DSM-V, el CIE-10 aún conserva en su artículo 5, dedicado a los trastornos mentales y de comportamiento, diagnósticos que afectan a las personas trans tales como el trastorno de identidad de género, el trastorno de identidad de género en la infancia y el travestismo fetichista. Está en proceso de revisión por parte de un grupo internacional de expertos de la OMS y se espera que sea modificado en el año 2018.²⁶ Este grupo ha propuesto remover los diagnósticos referidos a las cuestiones trans y reemplazarlos por

²⁴ Esta clasificación es un conjunto de definiciones estándar de enfermedades y de condiciones de salud de todo tipo, no solo psiquiátricas, que son utilizadas en gran parte del mundo.

²⁵ Existen otras clasificaciones médicas que deben ser examinadas respecto de la patologización de género. Una de ellas es la *Clasificación de derivaciones fármaco-terapéuticas* (CDF) (*Classification of Pharmaco-Therapeutic Referrals*), que consiste en una taxonomía que define y agrupa las situaciones que requieren la derivación entre los farmacéuticos y los médicos, en relación con la farmacoterapia usada por los pacientes. Ha sido publicada en el año 2008 y permite un lenguaje común interprofesional que se puede combinar con otras clasificaciones. Otra es el *Sistema de clasificación anatómica, terapéutica, química* (ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system*), que es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos organizados según grupos terapéuticos. Este sistema fue instituido por la OMS. Otra clasificación es la *Clasificación internacional de atención primaria* (CIAP-2) (*International Classification of Primary Care*), una taxonomía que recoge los motivos de consulta y problemas de salud utilizados habitualmente en medicina de atención primaria. Ha sido elaborada por la Organización Mundial de los Médicos Generales y de Familia (WONCA). La CIE-10 (de la OMS) y la CIAP-2 (de la WONCA) son duras competidoras por convertirse en la clasificación de referencia mundial en atención primaria.

²⁶ Para un paneo de las discusiones y consensos de quienes están a cargo de la modificación del CIE, ver Drescher *et al.*, 2012.

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

una nueva categoría denominada “incongruencia de género” (en adolescentes y adultos y en la infancia).

La expresión “incongruencia de género” es resistida por grupos de activistas intersex. En virtud de ello, elaboraron un documento introductorio para la revisión del proceso de reforma de la *Clasificación internacional de enfermedades* que fue enviado a la OMS para que sea considerado por la Asamblea Mundial de la Salud en la votación del año 2018.²⁷ Este informe establece una serie de principios fundamentales y proporciona una visión general de las cuestiones terminológicas e históricas antes de un análisis de las cuestiones generales y específicas en el marco y los diagnósticos de la CIE. La presentación también detalla las cuestiones de derechos humanos y se presenta un análisis epistemológico.

La eliminación de las expresiones mencionadas en el CIE-10 implica la despatologización de las identidades transexuales, que, tal como afirma Mauro Cabral:

... significa disputar el férreo control que la psiquiatría ha ejercido y ejerce sobre las identidades trans, y contrarrestar sus efectos. Significa recobrar la historia antes de los tiempos de la medicalización, y construir su posibilidad en el presente. Significa afirmar radicalmente el derecho de las personas a decidir sobre sus cuerpos –incluso a decidir modificarlos– y denunciar las violaciones a los derechos humanos que tienen lugar, hoy mismo, en el marco de la regulación estatal de ese derecho. Significa enfrentar ese orden diagnóstico del mundo que cada día impone su perspectiva de género, sus normas, su nomenclatura, sus procedimientos de inclusión, sus fronteras y sus exclusiones.²⁸

Los últimos años han sido especialmente fructíferos respecto de la promoción de una perspectiva despatologizadora de la identidad de género. Organizaciones trans y de salud han producido informes que están influyendo en el proceso de revisión de los manuales referidos (ver GATE, 2012a y b; GATE, 2013; Drescher *et al.*, 2012).²⁹ En particular, señalan que el derecho a la salud y el derecho a

²⁷ Informe Introductorio, “Intersex Issues in the International Classification of Diseases: a revision” elaborado por un grupo de activistas y organizado por GATE e ILGA. Disponible en, <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2015/10/intersex-issues-in-the-icd.pdf>.

²⁸ Ver Cabral, Mauro, “Saquen sus manuales de nuestros genitales”, diario *Página12*, 22/10/2010. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1675-2010-10-28.html>.

²⁹ Incluso el Parlamento Europeo solicita “a la Comisión y a la Organización Mundial de la Salud que supriman los trastornos de identidad de género de la lista de trastornos mentales y de comportamiento, y que garanticen una reclasificación de dichos trastornos como trastornos

Subordinaciones invertidas

la identidad están inextricablemente conectados, por ello las cuestiones vinculadas al acceso a la salud deben ser tratadas desde una perspectiva de derechos humanos que confiera el pleno acceso a todos.

Con el paso del tiempo la psiquiatría se ha transformado en la autoridad que decide cuáles son las mentes sanas y cuáles las enfermas, y su saber se ha ramificado a otros campos tales como el médico, el jurídico y el bioético. Esto es importante ya que existe una relación subalterna entre el diagnóstico psiquiátrico y la posibilidad de acceder a intervenciones quirúrgicas u hormonales, para las que el diagnóstico psiquiátrico es condición de posibilidad y es lo que habilita a que las aseguradoras de salud provean la tecnología de género necesaria. Por ello, existe un temor fundado de muchas personas a que la despatologización jurídica implique la imposibilidad de acceder a tecnologías de modificación corporal, y así prive a las personas de la cobertura médica correspondiente que continúa siendo contingente del diagnóstico que debe realizar la autoridad médica.

Por un lado, el diagnóstico parece asegurar el acceso médico, es decir, el diagnóstico es condición de una inclusión validada por dispositivos que interactúan jerárquica (la psiquiatría en el vértice de la pirámide) y mancomunadamente entre sí, tales como la psiquiatría, la medicina, las normas jurídicas y la bioética.

Por otro lado, la forma en la cual ese diagnóstico fue construido ha impedido que muchas personas accedan a la tecnología de género que su identidad autopercibida requiere, ya que no todas las personas que aspiran al tratamiento médico cumplen con los requisitos estipulados para el diagnóstico. En otras palabras, la ausencia o imposibilidad de un diagnóstico provoca una exclusión también validada de la forma mencionada. Es cierto que el diagnóstico psiquiátrico puede significar para muchas personas la posibilidad de acceder al tratamiento médico respectivo; no obstante, su construcción como un trastorno mental no solo excluye a quienes no pueden recibir la validación médica, sino que también implica la estigmatización de todas las personas así diagnosticadas.³⁰

no patológicos en las negociaciones de la undécima versión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11)” (Parlamento Europeo, “Informe sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea (2010-2011)”, 22/11/2012, para. 94. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2012-0383+0+DOC+PDF+V0//ES>.

³⁰ Para una discusión sobre los pros y los contras del diagnóstico psiquiátrico y médico y de las distintas estrategias sugeridas para alcanzar la despatologización, ver el documento de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2013 y Butler 2006. Judith Butler discute las distintas formas en las que funciona el diagnóstico, liberador/capacitador, restrictivo/opresor/patologizador y la relación entre la cuestión económica y la autonomía para decidir.

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

Referentes a nivel mundial del movimiento por los derechos de las minorías sexuales consideran que la despatologización de la transexualidad debe avanzar más allá de su remoción del DSM V y el CIE-10, y debe alcanzar todas aquellas instancias en las que la transexualidad es considerada de manera habitual como patología.³¹ Sus exigencias centrales son: la abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex, el libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin tutela psiquiátrica) y la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (acompañamiento terapéutico voluntario, seguimiento ginecológico-urológico, tratamientos hormonales, cirugías). En particular, sostienen, es preocupante la recurrencia de la patologización que tiene lugar en contextos jurídico-normativos, en los que el diagnóstico se transforma en un requisito indispensable para el acceso a derechos. La demanda de ese diagnóstico, así como las pericias destinadas a establecerlo, disminuyen y vulneran el estatus como sujetos de derecho de las personas transexuales. También, agregan, es necesaria la abolición de los tratamientos de normalización binaria de las personas intersex.

Por consiguiente, la colonización psiquiátrica de la supuesta sanidad y trastorno mental requiere, en lo que respecta al género, su desmantelamiento y el de sus ramificaciones. Solo de este modo se podrá lograr la protección de los derechos humanos de las personas de género variado. Este es el camino que la Argentina comenzó a andar a paso firme, tal como se muestra en el capítulo 4.

Oposiciones binarias (un paréntesis)

El discurso secular de la ciencia moderna está basado en la creencia en el progreso indefinido de la razón, en la posibilidad de realizar juicios de verdad y en los principios del positivismo. Consiste en una cultura basada en la creencia en la verdad científica universal por oposición al oscurantismo religioso, el fanatismo o los particularismos folclóricos. Es un proyecto cuyo mundo conceptual es fértil en polarizaciones dicotómicas, es decir, se encuentra dividido en pares opuestos irreconciliables tales como el ámbito público/privado, hombre/mujer, sujeto/objeto, comunidad/individuo, nacional/internacional, Estado-derecho/religión, sano/enfermo, solo para nombrar algunos de los innumerables binomios que atraviesan y nublan o limitan la comprensión del mundo que nos circunda.

³¹ Al respecto, ver la “Campana Internacional Stop Trans Pathologization” (STP), que exige que se retire la categoría “disforia de género” o “trastornos de la identidad de género” del CIE-10 y en cambio propone la inclusión de un vocabulario no patologizante. Disponible en <http://www.stp2012.info/old/es>.

Subordinaciones invertidas

Este proyecto considera que la realidad social se construye a partir de polos opuestos irreductibles sin ningún elemento o dinámica que medie entre tales extremos, circunstancia que exacerba la oposición. Además, los opuestos normalmente se definen por negación del contrario (mujer es aquello que no es hombre, público es aquello que no es privado), excluyen la noción de continuidad (o se es hombre o se es mujer) y usualmente contienen implícita una jerarquía o vinculación de dominación entre los opuestos (ver Olsen, 2000).

Según Zigmunt Bauman, estas son dicotomías cruciales para la práctica y la visión del orden social. Al respecto señala:

... el poder diferenciador se oculta como norma tras uno de los miembros de la oposición. El segundo miembro es el otro del primero, la cara opuesta (degradada, suprimida, exiliada) del primero y su creación. Por eso, la anormalidad es lo otro de la norma, la desviación, es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad el otro de la salud, la barbarie el otro de la civilización, el animal el otro del hombre, el enemigo el otro del amigo, “ellos” el otro de “nosotros”, la locura el otro de la razón, el extranjero el otro del compatriota, el público sin especialización el otro del experto. Ambas caras dependen una de otra, pero la dependencia no es simétrica. La segunda depende del primero para su aislamiento forzoso. El primero depende del segundo para su afirmación (2011: 91).

Para cuestionar la forma en la cual el binarismo oposicional ha sido construido, es útil e iluminadora la perspectiva deconstruccionista que se orienta a mostrar que el problema con las polarizaciones es lo que presuponen al posicionar las categorías en oposición (ver Balkin, 2005; 2006). En este sentido es ilustrador el análisis elaborado por Eve Kosofsky Sedgwick de la oposición binaria heterosexual/homosexual:

Los pasos analíticos que se realizan [deconstruccionismo] quieren demostrar que las categorías que en una cultura se presentan como oposiciones binarias y simétricas –heterosexual/homosexual en este caso– de hecho subsisten en una relación tácita más inestable y dinámica según la cual, en primer lugar, el término B no es simétrico sino que está subordinado al término A; pero, en el segundo lugar, la valoración ontológica del término A depende para su significado de la inclusión y exclusión simultánea del término B; por consiguiente, y en tercer lugar, la cuestión de la prioridad entre la categoría supuestamente central y la supuestamente marginal de cada díada es irremediablemente inestable, puesto que el término B está constituido como interno a la vez que externo al término A (1998: 20).

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

El método deconstructivista de análisis sirve para cuestionar y desnudar que el discurso que subyace a las polarizaciones no es neutral, ni esencial, ni objetivo, características todas ellas centrales del pensamiento legal moderno.³² Por el contrario, los discursos oposicionales implican lógicas y dinámicas de poder jerarquizadoras y estigmatizantes que favorecen el *statu quo* y perpetúan, de este modo, las desigualdades existentes. Estos discursos producen un recorte de la realidad basado en esencias, fines inmanentes y presunciones que no dan cuenta de la mayor flexibilidad y mediación de los arreglos sociales.

La aptitud y necesidad de realizar clasificaciones viene acompañada de mecanismos protectores de la clasificación, cuya función consiste en disminuir y controlar el desorden social e intelectual y proteger así la manera en la que la sociedad está organizada. Cumplen la función de contener toda conducta que venga a borronear cualquier categoría en la que se encuentra organizado el universo. Mary Douglas señala que el tabú ha sido la práctica espontánea por medio de la que se ha realizado tal codificación. El tabú establece un vocabulario de límites espaciales y de señales físicas y verbales para proteger relaciones vulnerables, y amenaza con peligros específicos si el código no es respetado. Estos mecanismos de protección de la clasificación dependen de una amplia complicidad comunitaria. El orden ideal de la sociedad está protegido por los peligros que amenazan a los transgresores (Douglas, 2002: XIII). Esta autora indica que las ideas relativas a separar, purificar, demarcar y castigar las transgresiones tienen como función principal imponer un sistema y un orden a una experiencia inherentemente desordenada. Solo a partir de exagerar la diferencia entre adentro y afuera, arriba y abajo, hombre y mujer, con y contra se crea una semblanza de orden. Los tabúes no solo organizan el universo social, sino que, lamentablemente, también reducen las complejidades de la realidad (Douglas, 2002: 5).

Más aún, a pesar de que categorizar es una parte fundamental de la conducta humana, de aquí no se deduce que las clasificaciones que se hagan sean adecuadas o que incluso el acto de categorizar y clasificar sea deseable o correcto. Cuando se toma la decisión de llamar a algo de determinada manera no solo se visibiliza lo nombrado otorgándole por este solo hecho poder real, sino que

³² Ver, entre otros, Jack Balkin, 2005; Gordon, 2009; García Villegas *et al.*, 2006 (para una crítica a la neutralidad ver los artículos allí compilados). De esta última obra, ver en particular la crítica racial, Gotanda (denuncia la falsedad de que la constitución sea ciega al color cuando adopta una mirada de igualdad formal) y Williams Crenshaw. Para una exponente de la teoría *queer*, ver la obra de Judith Butler. Un ejemplo de este tipo de análisis también puede encontrarse en el trabajo de Eve Kosofsky Sedgwick, 1998.

Subordinaciones invertidas

además dicha denominación excluirá, necesariamente a lo no contemplado en la categoría nombrada hasta el punto de negarle existencia. El criterio utilizado por las personas para construir estereotipos, para categorizar, o para decidir, por ejemplo, qué está limpio o sucio, qué es normal o anormal, debe guiarse por formas más amigables e inclusivas. El gran desafío consiste, entonces, en imaginar un mundo que no esté recortado en binarismos, intentar imaginar una realidad con muchas más mediaciones e interconexiones que las que propone y habilita el binarismo, en el que los elementos de la categorización no se definan por exclusión, por la negación del otro, sino por habitar el mismo lugar de formas muy sofisticadas. Esto significa ampliar la disponibilidad de las distintas categorías de género, las que no deben restringirse a las de hombre/mujer con su inexorable asociación biológica. Las personas no solo tienen la capacidad de clasificar, sino que también tienen la habilidad de aprender y de estructurar sus mentes de maneras imaginativas y creativas. Así, la capacidad humana de poner en cubículos acciones, actitudes y relaciones puede realizarse de maneras no discriminatorias, sino inclusivas de los diferentes sexos-géneros. Esto es lo que demanda una concepción de la sexualidad como “continuada”, punto desarrollado antes.

Es muy importante tener en cuenta que el corpus de las ciencias modernas y el desarrollo de sus técnicas, basado en la mirada oposicional descripta, han justificado el exterminio masivo de personas, el racismo, la patologización de las personas transgénero, entre otras barbaridades. Tal mirada es la responsable de la situación de vulnerabilidad de las poblaciones trans que se describirá en el capítulo 3. Paula Viturro señala sobre el planteo dualista oposicional:

... no da cuenta de la forma en la que el discurso científico de la modernidad, por medio de las diferentes disciplinas que lo componen, justificó (y justifica) órdenes discriminatorias. Los prejuicios o estereotipos sociales, que suelen ser señalados como motivo de discriminación, tienen su correlato en discursos científicos. Tales estereotipos solo podrán ser removidos si se cuestiona el aparato ideológico científicista que le da valor de verdad (2013: 54).

El campo jurídico es particularmente rico en polarizaciones (ver Luhmann, 2004). Por ello, es muy importante poder cuestionar los fines esenciales e inmanentes de las prácticas y arreglos legales dado que es la única forma de poder entender lo que realmente está puesto en juego. El método de análisis crítico propuesto por la corriente de pensamiento conocida como “estudios críticos del derecho” y sus derivaciones (feminismo crítico, teoría queer, teoría crítica racial)

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

consiste en utilizar una técnica deconstructivista para exponer aquellas lógicas y dinámicas de poder que favorecen el *statu quo* y la desigualdad existente. Bajo el manto de neutralidad y objetividad, todo tipo de disenso o de posibilidad para el cambio se encuentra obturado.

La relación entre la ciencia biomédica y el derecho

Tal como se expuso en los apartados precedentes, la ciencia biomédica es la principal precursora en la determinación acerca de qué géneros, y consecuentes cuerpos, son “sanos”. Conforme sus postulados, la intersexualidad, la transexualidad, el travestismo y la transgeneridad son resultados de procesos esencialmente anormales. Es por ello que la anormalidad debe remediarse circunscribiéndola a alguna de las dos categorías de sexo-género normales y naturales, aceptadas y autorizadas por los parámetros sociales vigentes sobre la normalidad del sexo y del género (ver Fausto-Sterling, 2000). Estos cuerpos y expresiones disruptivas que se apartan de las expectativas sociales y culturales sobre el sexo y el género son sometidos a diversas formas de disciplinamiento médico-científico, todo ello en virtud de su apartamiento de la oposición binaria sobre la que se asienta el orden jerárquico del mundo social. Aunque la ciencia no es la única responsable por las maneras en las cuales se construyen socialmente el sexo y el género, tiene un poder discursivo y práctico inconmensurable para definir y determinar qué es lo normativamente humano, qué es natural, normal y ambiguo, todo ello fundado en indiscutidos “hechos” biológicos.

En este sentido, la ciencia médica juega un rol central en la opresión o estigmatización que sufren las personas transgénero al considerarlas enfermas por no seguir o adaptarse al modelo de la binariedad de género. El derecho, mientras tanto, ha receptado este marco conceptual y ha legitimado la validez de dicho modelo al negarse a reconocer el derecho a la identidad a las personas de género diverso para que realicen su identidad autopercebida. Es posible observar esto en la instauración de regímenes jurídicos que establecen obstáculos al cambio de género en los documentos de identidad y en el cuerpo al requerir que los jueces, médicos y funcionarios públicos en general escudriñen de forma detallada las solicitudes presentadas para cambiar de género antes de ser autorizadas por esos mismos actores.

Entonces, basado en conocimientos científicos objetivos e indubitables, el derecho avala y legitima la binariedad de género como un valor en sí mismo y como la justificación moral válida para todo un sistema ético-político. Esto

Subordinaciones invertidas

implica desconocer los derechos de las personas no encasillables en el paradigma de género imperante y ponerlas en una situación de vulnerabilidad extrema.

Los cuerpos y expresiones que desafían las expectativas sociales y culturales sobre el sexo y el género son sometidos a varias formas de disciplinamiento médico-científico. Dado que existen fuera de la oposición binaria sobre la que se asienta el orden jerárquico del mundo social, las personas transgénero encarnan la ansiedad y el horror que provoca lo incierto (ver Derrida, 2000). Particularmente iluminador de tal ansiedad y horror es el tratamiento empleado para tratar la intersexualidad, ya que brinda un ejemplo de los intentos para codificar lo que es normal y lo que no lo es.

Este binarismo de género se fundamenta en la asunción de que existen solo dos tipos de cuerpos, el del hombre y el de la mujer, y que son clara e inconfundiblemente distintivos. Cada uno de estos cuerpos se asocia con una conducta de género específica: masculina y femenina. La heterosexualidad, por su parte, sella a los cuerpos como la única forma socialmente aceptable de conducta y deseo sexual. El modelo binario, además, beneficia a uno de sus componentes —los hombres— por medio del tratamiento social, político, cultural y económico asimétrico en comparación con el mismo tipo de tratamiento brindado a las mujeres. El modelo también excluye y oscurece, al criminalizar y patologizar, cualquier manifestación de género que se aparte de alguno de los componentes de este dualismo de género o de la orientación sexual que se espera de él.

El derecho, a su vez, recepta los presupuestos médicos que caratulan a las personas que orillan o quedan fuera de la “normalidad” como enfermas, legitima tales presupuestos y los encorseta en el tiempo. Boaventura de Sousa Santos da cuenta de la relación de cooperación y de circulación de significados que se ha dado entre el derecho y la ciencia, y entiende que la razón por la cual se generó tal relación consiste en que el manejo reconstructivo de los excesos e insuficiencias de la Modernidad no podía ser realizado únicamente por la ciencia, sino que:

... requería del concurso, subordinado pero fundamental, del derecho moderno. Tal participación era subordinada porque [...] la racionalidad moral-práctica del derecho, para ser efectiva, debía rendirse a la racionalidad cognitivo-instrumental de la ciencia. Pero el papel del derecho fue fundamental porque, al menos a corto plazo, el manejo científico de la sociedad tenía que ser garantizado contra una eventual oposición mediante la integración normativa y la coerción suministrada por la ley (2006: 426).

Capítulo 1. El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género

Santos también observa que el derecho terminó subordinándose a la ciencia y que esta es una de las características centrales de la Modernidad. En tal sentido expresa que “la mutua autonomía del derecho y de la ciencia ha sido lograda mediante la transformación del primero en el áter ego de la segunda” (2006: 427-428).

Cabe tener en cuenta que así como los determinantes médicos del sexo han cambiado a lo largo del tiempo, las definiciones jurídicas de lo que es una mujer y un hombre también. En muchos casos, los determinantes legales del sexo no han reflejado necesariamente los avances médicos y científicos en la materia que han permitido una mayor comprensión de la diferencia sexual.³³ Tales desarrollos médico-científicos llevan tiempo en ser aceptados y asimilados por la misma corporación médica. Es un proceso gradual, dispar y de mucha resistencia al cambio. Esta circunstancia también se ve reflejada en la disputa por la preeminencia de determinada autoridad biomédica que está presente en las discusiones y decisiones de las instituciones jurídicas.

En el capítulo siguiente se expondrán las distintas circunstancias históricas que confluyeron en el reconocimiento de una concepción sobre la identidad de género respetuosa de los derechos de las personas transgénero.

³³ Ver una descripción de este tipo de casos en Estados Unidos en Greenberg, 2012. Para el caso argentino, ver el capítulo 4.