

Interdicciones

Escrituras de la intersexualidad en castellano

Mauro Cabral
editor



Edición: Mauro Cabral

Diseño: Karina Palleros (E mail: karina.palleros@gmail.com)

Arte de tapa: Juan Manuel Burgos (E mail: juansys04@hotmail.com)

Traducciones: Alejandra Sardá-Chandiramani para Translingua - Traducciones Feministas Multigénericas (Cooperativa especializada en traducción de textos feministas y de derechos sexuales de y a inglés, francés, castellano y portugués. E mail: translingua_tfm@gmail.com)

Anarrés Editorial autoriza la impresión total o parcial de este libro, así como su distribución y difusión siempre y cuando se respeten las siguientes condiciones:

1. Todos y cada uno de los créditos del libro deben ser reconocidos (editor, autor*s, traductora, diseñador*s, financiadora, editorial, lugar y año de edición).
2. Ningún ejemplar –total o parcial– de este libro podrá ser utilizado con fines comerciales.
3. Los contenidos textuales y gráficos del libro no podrán ser alterados.
4. No podrán publicarse, distribuirse ni difundirse traducciones no autorizadas de los contenidos totales o parciales del libro.
5. La impresión total o parcial de los contenidos del libro no implicará, en ningún caso, el acuerdo o el apoyo de Mulabi respecto de las condiciones específicas en las que se produce esa impresión (quiénes la realizan, con qué objetivos, en qué medios).

La publicación de este libro fue posible gracias al subsidio otorgado por Astraea, la Fundación Lesbica para la Justicia.

www.astraea.org

Anarrés Editorial es un proyecto de Mulabi, el Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos.

Email: anarreseditorial@mulabi.org

www.mulabi.org

Córdoba, febrero del año 2009

ISBN: 978-987-05-5898-9

Índice

| | |
|--|------------|
| Presentación | 5 |
| Acerca de este libro | 12 |
| Asterisco | 14 |
| Articulaciones | 15 |
| Pobreza y condición intersexual en México: reflexiones y preguntas en torno al dispositivo médico. <i>Eva Alcántara Zavala</i> | 16 |
| Ahora, es toda una mujer: un análisis del caso de Edinanci Silva en los medios latinoamericanos. <i>Isadora Lins França</i> | 31 |
| La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes. <i>Luciana Lavigne</i> | 51 |
| La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias. <i>Nuria Grégori Flor</i> | 71 |
| Confesiones corporales: algunas narrativas sociomédicas sobre los cuerpos intersex. <i>Paula Sandrine Machado</i> | 83 |
| Versiones | 101 |
| <i>Mauro Cabral</i> | |
| Apertura | 102 |
| Cómo la que más | 102 |
| No Saber –acerca de XXY | 105 |
| Hay que cortar | 110 |
| Umbrales y fallos | 111 |
| Experiencias de la luz | 113 |
| Feliz feliz en tu día | 115 |
| Hoy, en este mundo | 120 |

| | |
|---|------------|
| Conversaciones | 122 |
| Con voz propia | |
| Conversación con Natasha Jiménez | 123 |
| Una cuestión ética | |
| Conversación con Marcelo Silberkasten | 131 |
| Los límites del silencio. | |
| Conversación con Juan Carlos Jorge | 141 |
| | |
| Operaciones | 149 |
| Operaciones I | 151 |
| Escucha y no cuestiones | |
| <i>Nerea Miralles Aguilar</i> | 152 |
| Intersex en el programa de la tarde frente a su cirujano (2008) | |
| <i>Leonor Silvestri</i> | 157 |
| Las innombradas | 159 |
| <i>Area Trans e Intersex - IGLHRC</i> | |
| Caracoles | |
| <i>Juan Manuel Burgos</i> | 161 |
| Operaciones II | 165 |
| Operaciones III | 169 |

Presentación

Te damos la bienvenida a *Interdicciones*.

Este libro reúne un conjunto de textos que tienen a la intersexualidad como su cuestión central. Se trata de textos producidos desde distintas perspectivas teóricas y políticas, pero que comparan, en todos los casos, dos rasgos fundamentales: fueron escritos en castellano o portugués, y su escritura expresa el fuerte y definido compromiso ético de sus autor*^s con la cuestión.

Publicar un libro sobre intersexualidad con estas características ha sido uno de los anhelos más profundos de Mulabi desde sus principios. Queríamos contribuir a la puesta en común de *saberes* sobre intersexualidad que se diferenciaron, de manera rotunda, de cualquier trato academicista del tema. Y queríamos, también, que esos *saberes* fueran articulados en las lenguas del Sur Global. Al menos, y por ahora, en dos de esas lenguas.

A lo largo de la historia de su *tematización* teórica y política, la intersexualidad parece haber sido una de esas cuestiones sobre las que se escribe y se lee en inglés.¹ Sin lugar a dudas, la producción angloparlante ha tenido una importancia decisiva no sólo en maneras habituales de pensar la intersexualidad como cuestión sino también en la emergencia y el reconocimiento de la intersexualidad como una cuestión a ser pensada. Sin embargo, esa misma producción pareciera haberse convertido en *el* modo de abordar esa *tematización*, clausurando la posibilidad de otros modos, articulados en otras lenguas. La identificación de la intersexualidad con experien-

1 Entre los textos fundacionales de la intersexualidad escrita en inglés se encuentran *Lessons from the Intersexed*, publicado por Suzanne Kessler en 1998 (Duke University Press, Durham) De mismo año data *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, publicado por Alice Domurat Dreger (Harvard University Press, Cambridge) La misma autora publicaría, al año siguiente, la compilación titulada *Intersex and the Age of Ethics* (University Publishing Group Maryland) En el año 2000, Anne Fausto-Sterling publica *Sexing the Body* (Basic Books Estados Unidos hay traducción al castellano: *Cuerpos Sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*, Melusina, Barcelona, 2006). La activista intersex estadounidense Cheryl Chase respondía, en 1993, con una carta de lector*^s al artículo publicado por Fausto-Sterling en *The Sciences* el mismo año bajo el título "The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough" (Tiene traducción al castellano, "Los cinco sexos"; en Nieto, J. A. (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Talasa, Madrid; también cuenta con numerosas versiones disponibles en internet).

La respuesta de Chase, invitando a otras personas intersex a contactarla, daría lugar a la creación de la Sociedad Intersex de Norte América (ISNA, por sus siglas en inglés) y al movi-

cias, relatos y análisis que tienen lugar *sólo* en inglés –o en traducciones del inglés– es aquello que nos proponemos poner en crisis en este libro. Pero la necesidad de operar una suerte de *inversión* geopolítica no es la única razón para esta decisión idiomática.

Tanto el castellano como el portugués son lenguas extremadamente *generizadas*. Su especificación y distribución constante de seres y cosas en *masculinos* y *femeninas* parece ser la expresión lingüística natural y sin fisuras del binario de la diferencia sexual

Al pensar, al escribir, al leer, al hablar de intersexualidad en castellano o en portugués, son esas mismas lenguas las que se interpelan, las que al tantear sus límites expanden, también, sus posibilidades. El título de este libro no apela solamente a esa prohibición que parece ser el signo de la intersexualidad en la lengua, sino a *eso* que se cuele y trabaja *en*, y *a pesar de*, la lengua.

Los textos contenidos en este libro provienen de distintos países: Argentina, Brasil, Costa Rica, España, México y Puerto Rico. Sus autor*s han recorrido distintas trayectorias, disciplinares, teóricas y políticas, y cada uno de sus trabajos considera aspectos diferenciados de la cuestión. Al editarlo hemos procurado evitar la tentación de uniformizar esa diversidad de perspectivas en una única escritura, capaz de dar cuenta de la intersexualidad como de un fenómeno objetivo, cerrado en sí mismo, *acabado*. Los distintos artículos brindan, por el contrario, la oportunidad de acercamientos diversos a la intersexualidad –diversos en su manera de encararla e, incluso, de nombrarla.

miento político intersex. Desde diciembre del año 1994 la ISNA publicó un boletín periódico, llamado *Hermaphrodites with Attitude*. En el año 1997 la revista *Chrysalis* publicó un número especial dedicado a las cuestiones intersex - el mismo fue incluido en castellano en el libro *El eje del mal es heterosexual*, editado por el Grupo de Trabajo Queer en el año 2006 (Traficantes de Sueños, Madrid) Puede bajarse gratuitamente desde la siguiente dirección de Internet: http://www.traficantes.net/index.php/trafis/editorial/catalogo/movimiento/el_eje_del_mal_es_heterosexual_figuraciones_movimientos_y_practicas_feministas_queer Si bien la mayor parte de la producción anglosajona sobre intersexualidad permanece sin traducirse al castellano, sus contenidos circulan en nuestra lengua a través de su recepción queer -por ejemplo, en la obra traducida de Judith Butler (sobre todo en libro *Deshacer el género*, del 2004 -Paidós, Buenos Aires) y en la de Beatriz Preciado (*Manifiesto Contrasexual*, del 2002 -Opera Prima, Madrid- y *Testo Yonqui*, del 2008 - Espasa Calpe, Madrid).

Suele definirse a la intersexualidad como un conjunto de síndromes que producen cuerpos sexuados marcados por la “ambigüedad” genital”. Esta definición *funciona* habitualmente porque remite a quien la recibe a una suerte de *fondo cultural común*, en el que la mitología, los manuales, los rumores y las historias contadas a media voz, los secretos familiares sabidos por tod*s, los programas de televisión y las noticias que de tanto en tanto aparecen en internet se combinan para crear seres sexualmente “indefinidos”, “deformados”, “malformados”, “con los dos sexos” o, directamente, “ambiguos”. Al circular, esa definición no sólo describe, sino que también *produce* efectos muy específicos.

El primero de esos efectos es la tranquilidad de quienes se *saben*, o creen saberse, hombres o mujeres. La existencia de esos seres “ambiguos” pareciera venir a confirmar que hombres y mujeres encarnan versiones apropiadas de la diferencia sexual, mientras que cualquier variación respecto de esa diferencia ha de arrojar a quien la encarna por fuera de la masculinidad de los hombres y la femineidad de las mujeres, hacia la ambigüedad antigua de los monstruos o la ambigüedad moderna de l*s enferm*s. El segundo de esos efectos es el confinamiento de la intersexualidad en los límites estrechos de la medicina. Al definir la intersexualidad como una cuestión médica, se considera, a la vez, que sólo la medicina y sus disciplinas asociadas pueden *pronunciarse* y resolver, de manera autorizada, sobre esa cuestión que de suyo les pertenece –y que, por tanto, a nadie más incumbe. Ambos efectos, combinados, producen sin cesar un tercero: el empobrecimiento generalizado de las experiencias del imaginar, del desear, del coger, del nombrar, del registrar la crueldad y del intervenir críticamente para detenerla. Esa definición limita, incesantemente, las oportunidades y las experiencias del celebrar.

En Mulabi creemos que la intersexualidad no es algo que *le* pasa sólo aquellas personas que nacieron con cuerpos que varían respecto del promedio corporal femenino o masculino, sino que la intersexualidad es algo que *nos* pasa. A cada paso. A tod*s. Cada vez que se da por sentado que *todas* las mujeres tienen vagina, o que *todos* los hombres pueden orinar de pie, cada vez que alguien afirma que los *únicos* cromosomas humanos son XY ó XX, cada vez que se dice que *sólo* los hombres tienen testículos y ovarios *sólo* las

mujeres, cada vez que se asume que los genitales “normales” *hacen* a la felicidad, cada vez que se cree que esa “normalidad” *debe* pagarse a cualquier precio... la intersexualidad *nos* pasa. Y forma parte de lo que somos, aunque ni remotamente se nos pase por la cabeza o el cuerpo que, entre otras cosas, *eso* somos.

Cada uno de los textos de este libro introducirá su propia definición de intersexualidad. Para nosotr*s, l*s mulabitas, ese nombre cifra el destino cultural de la diversidad de cuerpos sexuados. No se trata de un destino dado de una vez y para siempre, contenido en la inmutabilidad de la carne o en la de las instituciones que la regulan. Se trata, por el contrario, de un destino que se actualiza con cada nacimiento, con cada diagnóstico, con cada padre, con cada madre, con cada fallo judicial, con cada texto periodístico, con cada comité de bioética reunido para decidir sobre la suerte de alguien, con cada referencia omitida o explícita en un texto de educación sexual, con cada desnudo que abre o cierra posibilidades de gozo, con cada dicción *generizada* que abre o cierra posibilidades de existencia.

Desde mediados del siglo XX vivimos en una cultura que identifica de manera normativa nuestra identidad con nuestros genitales. Esta identificación no sólo importa la hora de ser asignad*s a uno u otro sexo al nacer, sino también para proyectar la que será nuestra vida futura en ese sexo.

Desde el punto de vista de este paradigma identitario, que de tan naturalizado se nos ha vuelto carne, el único modo posible de crecer para convertirnos en hombres o en mujeres felices es contar con genitales que se correspondan con el sexo que nos fue asignado –y como la heterosexualidad es la medida normativa de esa felicidad, esos genitales deben ser capaces de encarnarla de manera efectiva. Se espera así que quienes nacieron con genitales masculinos promedio crezcan para convertirse en penetradores vaginales (es decir, en hombres), y que quienes nacen con genitales femeninos promedio crezcan para convertirse en penetradas vaginales (es decir, mujeres). Otros nacimientos, sin embargo, complican

esta economía heterosexista de la asignación y proyección del sexo. La complican porque el clítoris parece *demasiado* grande (por ejemplo, mide cinco centímetros, y seguirá creciendo). La complican porque, por ejemplo, el pene parece demasiado pequeño (mide un centímetro, y no va a crecer). La complican porque en lugar de ovarios o testículos hay *ovotestes*, una mezcla de tejido de testicular y ovárico; o porque los testículos no descendieron; o porque además de ambos testículos hay un ovario. La complican porque el final de la uretra no está en la punta del pene, o porque la ausencia de vagina parece volver imposible proyectar la posibilidad de la penetración. Si bien todas estas variaciones corporales *no* representan riesgo alguno para la salud de quienes las encarnan, se considera que *sí* representan un peligro certero para su felicidad como hombres o como mujeres. Más aún: comprometen su presente y su futuro como hombres o mujeres. Es por eso que los protocolos que regulan el tipo de atención que deben recibir quienes nacen encarnando estas variaciones corporales establecen que sus cuerpos deben ser “normalizados” por vía quirúrgica en la primera infancia. Es por eso también que esas cirugías “normalizadoras” suelen desaparecer de la historia personal de quienes las sufrieron, dejando tras de sí cicatrices que sellan la promesa de una femineidad o una masculinidad sin fallas.

La inmensa mayoría de personas que nacen con cuerpos que varían respecto de los promedios corporales masculino o femenino —y quienes, por lo demás, se identifican por lo general como hombres o mujeres— son sometidas a cirugías de “normalización” genital durante los primeros meses o años de vida, sin su consentimiento y con consecuencias gravísimas e irreparables. Desde hace casi veinte años estas intervenciones han sido y son denunciadas como formas occidentales de mutilación genital. Contra esas prácticas mutiladoras y el mundo que las ignora o justifica editamos este libro.

Existen muchas maneras distintas de abordar críticamente la intersexualidad. Están quienes la abordan, por ejemplo, como

parte de las luchas GLTB, añadiendo la I a esa sigla destinada a visibilizar y articular políticamente a las comunidades y movimientos de la diversidad sexual. También están quienes la consideran, de manera prioritaria, una cuestión de género, atendiendo al modo en el que el tratamiento médico de niñ*s intersex refuerza estereotipos de la feminidad y la masculinidad. Están quienes enfocan el abordaje de la cuestión desde el marco de los Derechos del Niño, y quienes lo hacen desde la perspectiva de la autonomía de l*s pacientes. Hay quienes consideran a la intersexualidad una forma de discapacidad culturalmente producida. Hay quienes en lugar de hablar de intersexualidad prefieren hablar de trastornos de la diferenciación sexual, centrando su crítica en los modos habituales en los que la medicina occidental trata a quienes los padecen. En Mulabi estamos convencid*s de la necesidad imperativa de abordar la intersexualidad como una cuestión que atañe, de manera central, al marco de los derechos sexuales. Asumir esta posición implica asumir sus propios desafíos:

El desafío de abrirnos a la experiencia de la diversidad corporal sin la necesidad de *medicalizar* su ocurrencia –atreviéndonos a cuestionar aquello que habíamos venido a aceptar como la versión autorizada de la humanidad sexuada.

El desafío de considerar a niñ*s y jóvenes como sujetos plenos de los derechos sexuales –atreviéndonos a aceptar que ser sujeto de su ejercicio requiere también ser sujeto de su proposición.

El desafío del desafío de abrazar políticas capaces de encontrar fundamentos distintos al sufrimiento individual o colectivo –atreviéndonos a imaginar horizontes celebratorios y a transformarlos en nuestro presente.

El desafío de disolver las relaciones necesarias entre cuerpo e identidad –atreviéndonos a trabajar sobre intersexualidad sin transformarla ni en un estado corporal objetivo ni en una etiqueta identitaria igualmente objetiva.

El desafío de reconocer que incluso aquell*s a quienes criticamos en nuestro trabajo (se trate de médic*s, abogad*s y bioeticistas, periodistas, maestr*s o de l*s propi*s padres y madres ansios*s por tener hij*s “normales”) viven en la misma cultura en la que nosotros vivimos –atreviéndonos a afrontar como propia la necesidad de hacer posible una cultura distinta.

El desafío de admitir que la diversidad es incompatible con el pensamiento único –atreviéndonos a reconocer, desde un principio, que nuestra manera de abordar la intersexualidad no es, por suerte, la única.

El desafío de creer que la sexualidad excede siempre el marco de sus derechos –atreviéndonos a afirmar cuánto nos alegramos por eso.

Editar este libro ha sido nuestro placer. Ahora es tu turno. Que lo disfrutes.

Mauro Cabral

Acerca de este libro

Interdicciones es un libro heterogéneo, dividido en cuatro secciones principales. La primera sección, llamada **Articulaciones**, incluye cinco artículos que abordan distintos aspectos de la intersexualidad desde perspectivas también diferenciadas. La segunda sección, que lleva por nombre **Versiones**, recoge textos breves que combinan aproximaciones teóricas y políticas a la cuestión. La tercera sección, llamada **Conversaciones**, reúne tres entrevistas que tematizan, cada cual a su manera, la compleja relación entre experiencias, *saberes*, prácticas y horizontes ético-políticos. La última sección, a la que hemos dado en llamar **Operaciones**, introduce una guía de actividades cuyo objetivo principal es expandir las posibilidades abiertas por la lectura de los textos que componen el libro –posibilidades de interés, de comprensión, de interpelación e involucramiento individual o comunitario, de acción política, de transformación cultural.

A diferencia de otros textos sobre intersexualidad, este libro no incluye un glosario – no incluye, ni a comienzo ni a final, un listado de términos precisados de definición para volverse inteligibles ante la mirada de lector**s* no especializad**s* (lo que equivale a decir, para lector**s* no médic**s*). Esta decisión editorial tiene una explicación sencilla: ¿cómo avanzar teórica y políticamente hacia la construcción de modos no *medicalizados* de la intersexualidad si hasta en los abordajes críticos la biomedicina tiene la primera y la última palabra, es decir, la que define? La redacción de un glosario que diera cuenta de los términos médicos que rotulan y roturan los cuerpos intersex posiblemente hubiera proporcionado a l**s* lector**s* de este libro un cierto vocabulario técnico; también les habría confirmado aquello que, en mayor o menor medida, ya sabían desde antes de leer: ciertos cuerpos existen, de manera indefectible, solo entre los límites que le fija su diagnóstico. Ese orden de existencia, codificado de manera inocente en cada glosario, (re)produce sin cesar la naturalidad aparente de las definiciones médicas, las registra y las despliega, sin cuestionar jamás el entramado cultural que las sostiene y las valida. Negarnos a incluir un glosario de diagnósticos no es desconocer la importancia de cada diagnóstico para aquell**s* a quienes (les) toca, ni las posibilidades,

siempre abiertas, de políticas y poéticas del diagnóstico; es, más bien, desconocer adrede la unicidad del diagnóstico como lengua única de la intersexualidad.

La publicación de este libro tiene lugar en un contexto histórico particular. A lo largo de los últimos años se han multiplicado en el mundo anglosajón los debates en torno a los vocabularios de la intersexualidad, y a las consecuencias éticas y políticas de esos vocabularios. La edición de *Interdicciones* no acuerda con la terminología introducida por el llamado *Consenso de Chicago* en el año 2006, es decir, con la comprensión de la intersexualidad en términos de trastornos del desarrollo sexual.² Al mismo tiempo, sin embargo, sí creemos imprescindible atender a las razones esgrimidas por quienes sí acuerdan y promueven el vocabulario del *Consenso*. La reducción de la intersexualidad a una “identidad” o a una “minoría” sexual, la disolución de la agenda política intersex en el contexto de los movimientos LGTB, la estilización de las experiencias intersex, así como su elevación a promesas emancipatorias, cuando no redentoras, la centralidad desmedida otorgada a los genitales, en desmedro de otros cuadros clínicos asociados a la intersexualidad y urgidos de atención –todo esto es cierto, y ha resultado decisivo en este proceso histórico de remedicalización que nos envuelve, en el que estamos envuelt*^s. Tomando partido decidido por la combinación posible entre celebración y cuidado, este no es un libro que se proponga concluir este debate, sino más bien uno que intenta contribuir a que ese debate se profundice, se enriquezca y se expanda.

2 El documento conocido como Consenso de Chicago –elaborado por profesionales biomédic*^s en el año 2006, reunid*^s en un espacio del que también participaron, marginalmente, activistas de la Sociedad Intersex de Norte América, puede ser encontrado en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/e4888>

Asterisco

Podríamos escribir siempre los
Podríamos escribir as/os
Podríamos escribir las y los
Podríamos escribir las, los y les.
Podríamos usar una arroba
Podríamos usar una x

Pero no. Usamos un asterisco.
¿Y por qué un asterisco?

Porque no multiplica la lengua por uno.
Porque no divide la lengua en dos.
Porque no divide la lengua en tres.
Porque a diferencia de la arroba no terminará siendo la conjunción
de una a y una o.
Porque a diferencia de la x no será leído como tachadura,
como anulación,
como intersex.

Porque no se pronuncia.
Porque hace saltar la frase fuera del renglón.
Porque es una tela de araña, un agujero, una estrella.
Porque nos gusta. Faltaba más!

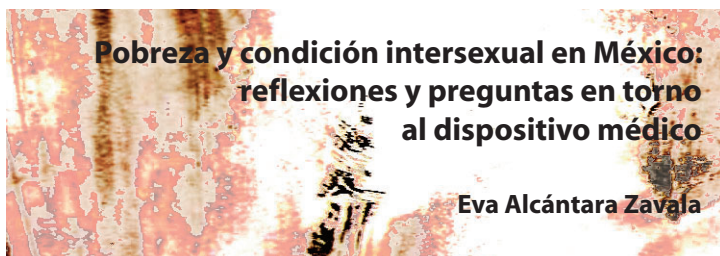
Ahora bien,
El asterisco
No aparece siempre y en todas partes
No se usa para todo, ni tod*s lo usan.
En este libro la gente escribe como quiere y puede.

El asterisco no se impone.

De todas las cosas,
Esa.
Esa es la que más nos gusta.



A r t i c u l a c i o n e s



Al igual que en otros países de América Latina, uno de los principales problemas en México es la distribución de la riqueza. El pasado doce de abril de 2007, la Revista neoyorquina *Forbes*¹ especializada en finanzas y negocios, ubicó al mexicano Carlos Slim como el segundo hombre más rico del planeta, solo después del fundador de *Microsoft*, Bill Gates. En contraste, estudios especializados en el tema señalan que desde la última década del siglo XX los índices de pobreza en México no se han modificado sustancialmente². Los últimos datos de la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*³ elaborada en 2005, indican un agravamiento en la pobreza. Los datos revelan que 48,895,535 personas (el 47% del total de la población) no tienen el dinero necesario para cubrir un patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público y educación; de estos, 18,954,241 mexicanos (18.2% de la población) no cuentan ni siquiera con los ingresos necesarios para comer. Este es un motivo más que suficiente para tener saturadas las instituciones públicas de salud⁴.

1 Helen, Coster: "Carlos Slim Helu now world's second-richest man", en www.Forbes.com. Consultado el 01/11/07.

2 Cortés; Hernández; Hernández; Székely y Hadid (2002) pp 121-140.

3 *Encuesta Nacional de Ingresos y gastos de los hogares 2000-2005*, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, en:

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/enigh/menu/default.asp>. Consultado el 10/10/07.

4 En México, el sistema de atención de salud es una combinación de seguridad social pública, con servicios públicos asistenciales y práctica médica privada. En teoría, una persona puede escoger entre alguna de esas opciones, pero en la realidad una gran parte de la población acude a las instituciones del Estado porque no tiene otra alternativa y aún así casi siempre paga cuotas preestablecidas de acuerdo a diversos indicadores que clasifican sus posibilidades económicas. Castro (2002) p 390.

Es precisamente en este contexto de donde parten las reflexiones que abordaré a continuación. La situación de pobreza marca las condiciones de vida de las personas que acuden a los hospitales pediátricos públicos de alta especialidad. Es ahí donde en gran parte son referidos los familiares e infantes considerados en condición intersexual en cuyos testimonios baso este trabajo⁵.

Del abismo existente en la institución médica entre el paciente y el sujeto

El uso de la bata, la asistencia cotidiana, la sensación de pertenecer a una comunidad, el dominio del lenguaje, el conocimiento del territorio, las actividades rutinarias, hacen del hospital un lugar habitual para el personal de salud.

En contraste, aquellos que acuden en calidad de pacientes o familiares a un hospital de tercer nivel, frecuentemente llegan con una sensación de temor y angustia. Para muchas personas que acuden al hospital pediátrico de alta especialidad, es la primera vez que viajan a la Ciudad de México, les sorprenden sus edificios altos, el nivel de ruido, la cantidad de gente que satura las calles, les cansa la velocidad de reacción que exige moverse siempre aprisa, les enferma la contaminación y les desconcierta la facilidad con que se escapa el dinero de sus manos. Algunos corren con la suerte de tener conocidos en la ciudad, otros deberán salir de casa en la madrugada para pasar la mañana en el hospital y regresar a su domicilio en el interior de la República Mexicana otra vez de madrugada.

Los pasillos del hospital asemejan un laberinto interminable, los sistemas de control y vigilancia son obstáculos a veces insalvables, la sensación de no comprender lo que se dice aunada a la angustia con que llegan y a la velocidad con que transcurren las entrevistas

5 Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que tuvo como objetivo realizar un primer acercamiento desde las ciencias sociales al estudio de la condición intersexual en México a partir del análisis de los discursos, los sujetos y las prácticas a las que da lugar. La investigación se realizó mediante el método etnográfico y la estrategia incluyó investigación documental, revisión parcial del archivo clínico de dos hospitales pediátricos, estancia de un año como practicante en un hospital pediátrico de concentración nacional, entrevistas a familiares con infantes en condición intersexual y a sujetos de diversas edades con condición intersexual.

con el médico, con frecuencia intimidada a las personas y desalienta su intención de hacer preguntas. Muchos de ellos, acostumbrados a cumplir instrucciones aunque no las comprendan, se dejan llevar en el torrente de los acontecimientos. Aún más vulnerables se encuentran los niños que asisten al hospital, pues con frecuencia la autoridad de sus padres se ve sobrepasada por la autoridad del especialista.

En las paredes del hospital se encuentran pegados carteles que informan los derechos de los pacientes y los derechos de los médicos. Aunque son legibles y están bien distribuidos, durante mi año de estancia no recuerdo haber visto a alguien que se acercara a leerlos. Aunque en teoría, los pacientes pediátricos tienen derechos bien definidos, en la práctica dichos derechos se disuelven incluso en nombre de su bienestar. Se objetiviza el cuerpo del niño, se diluye al sujeto y la mayoría de las veces se le excluye en la toma de decisiones: “es muy pequeño y no sabe lo que le conviene”. A veces es así, pero no es raro que en pro de su bienestar el niño sea sometido a verdaderos actos de violencia institucional.

Los infantes considerados en condición intersexual y sus familiares, comparten con los demás pacientes el problema de la institucionalización de la salud. El ritmo del hospital saturado de pacientes deja poco tiempo para reflexionar. La situación cotidiana de los pacientes a veces conmueve profundamente a algunos médicos que luchan por controlar sus emociones. En el hospital-escuela, los médicos son entrenados para enfocarse en los padecimientos. Bajo una estructura jerárquica se obligan entre ellos mismos a tener respuesta para todo: “no puedes decir no sé”, escuche en numerosas ocasiones. Sostenido por una matriz muy compleja, el hospital funciona a partir de relaciones desiguales. No son iguales médicos y pacientes, pero tampoco son iguales todos los médicos, ni tampoco son iguales todos los pacientes.

En el curso de mi investigación tuve la oportunidad de conocer a tres jefes de clínicas de intersexo ubicadas en diferentes instituciones pediátricas hospitalarias. Mi acercamiento se limitó apenas a algunos intercambios de puntos de vista. Los tres eran endocrinólogos y jefes de servicio, una mujer y dos hombres. Las clínicas de intersexo designan un espacio de reunión al que asisten periódicamente los médicos que la conforman. El equipo puede estar in-

tegrado por especialistas en endocrinología, cirugía, urología, genética, ginecología, patología, pediatría, psicología, radiología y trabajo social. Su labor consiste en realizar las investigaciones apropiadas para determinar un diagnóstico y establecer las líneas de tratamiento en los casos revisados.

La dinámica que se establece en el equipo que integra la clínica de intersexo, se ve fuertemente influida por las características personales de aquellos que la conforman. De manera particular impacta el carácter de los jefes de la clínica. Por ejemplo, su disposición para escuchar a los otros, para atenuar las relaciones jerárquicas en el grupo o para discutir las decisiones. Cada una de las clínicas tiene un funcionamiento particular y por ello son distintas unas de otras. No todas funcionan como un verdadero equipo de trabajo, en ocasiones el punto de vista del jefe de la clínica se impone con fuerza contundente. Esto sucedía en una de las clínicas que conocí. En ella, la mayor parte del equipo médico estaba en desacuerdo con mantener –en algunos casos– la condición de los infantes intersexuales en secreto, incluso para sus padres; en estos casos, el jefe de la clínica estaba convencido de ocultar la información a los familiares del infante debido a que estos no tenían una formación escolar avanzada. Así, aún cuando algunos miembros del equipo expresaban su inconformidad con ese tipo de manejo, la conducta a seguir era la del jefe de la clínica.

La actitud paternalista a partir de argumentos de cuidado al paciente, esto es, colocar a los pacientes en un lugar de protección imaginaria, con el objetivo de resguardarlos de un supuesto daño, se traduce en una simplificación excesiva de las explicaciones o un decir la verdad a medias antes de dar paso a los procedimientos. En algunos casos extremos el equipo de salud resguarda el secreto sobre la condición del paciente y se configura en un sistema de alianzas y complicidades firmes y resistentes. En contraste, cuando los médicos perciben una relación más equilibrada con sus consultantes, es decir, cuando el nivel de preparación de éstos les permite colocarse en un lugar distinto frente a los médicos, entonces puede decirse que el personal de salud se esfuerza por traducir el lenguaje médico y coopera para explicar el padecimiento.

Profundas raíces tiene la creencia bastante difundida entre el personal de salud de que el origen humilde o un nivel escolar bajo

en los consultantes, son barreras infranqueables para la comprensión de su padecimiento. Diversos estudios han mostrado que desde la llegada de los españoles, clérigos y hombres de ciencia no dudaron de la inferioridad de los pueblos y culturas originarias del continente americano⁶. La antropometría, fue una de las prácticas médicas que se utilizaron con mayor frecuencia en México para argumentar la inferioridad de los pueblos indios. Por supuesto es un gran salto en el tiempo y no pretendo establecer relaciones de causalidad. Más bien me interesa mostrar que desde tiempos remotos la práctica médica se ha configurado a partir de relaciones de poder asimétricas. Actualmente, dichas relaciones se configuran de otra manera, pero permanecen a diferentes niveles institucionales y particulares.

Es indudable que la discriminación y el racismo trascienden a la institución médica en sí misma, los argumentos empleados por algunos médicos reflejan una construcción naturalizada de las relaciones desiguales con profundas raíces en la mayor parte de las sociedades latinoamericanas. No obstante, queda claro que dicha transmisión legendaria requiere para su supervivencia del soporte de lo cotidiano. Cuando un argumento con estas características es empleado en el hospital, contribuye a reforzar el dominio del grupo social hegemónico.

Respecto al trato diferencial que reciben los enfermos en los hospitales de la Secretaría de Salud (antes Secretaría de Salubridad y Asistencia), dice el médico Ruy Pérez-Tamayo:

En mis tiempos de estudiante y de interno en el Hospital General, tuve la oportunidad de comparar esos dos tipos de tratamiento: en el pabellón el enfermo no tenía nombre, “el cirrótico de la cama 17”, nadie le explicaba qué tenía, cómo lo iban a manejar, para qué le sacaban sangre y qué medicinas le inyectaban; en cambio, en la consulta privada el mismo médico saludaba de mano a su paciente, que tenía nombre y apellido, y conversaba con él en forma por demás

6 Ver, por ejemplo, el número 60-61 de la *Revista de difusión cultural de la Facultad de Ciencias*, UNAM, octubre 2000-marzo 2001, en donde se presenta una colección amplia de artículos que abordan la imagen de los indígenas en la ciencia. Entre ellos se encuentran los siguientes: Carrillo: “Los médicos y la degeneración de la raza indígena”; Urias: “Medir y civilizar”; López: “La mirada médica y la mujer indígena del siglo XIX”.

encantadora. Este tipo de discriminación sí me parece una falta grave de ética médica profesional, porque en el primer caso el manejo arrogante, paternalista y alejado del médico interfiere con el establecimiento de una relación médico-paciente óptima, lo que a su vez impide la realización de los objetivos de la medicina.⁷

Partiendo de mi experiencia en el hospital, puedo decir que algunas cosas han cambiado y otras se mantienen. En efecto las limitaciones de la institución pública, facilitan la disolución del sujeto-paciente. En la actualidad, los hospitales e institutos públicos de salud atraviesan graves problemas de financiamiento, organización y capacidad de respuesta, el desbaste y el insuficiente personal de atención provocan la fractura de los modelos de atención⁸. La política nacional excluye a grandes grupos de servicios de salud de calidad, la prioridad desde hace décadas ha sido simplificar los servicios y abaratar los costos para el Estado. Dado este panorama, es casi imposible establecer un diálogo profundo y cuidadoso con familiares y pacientes en una consulta de diez o veinte minutos en un servicio que debe atender a cuarenta o cincuenta pacientes en un turno de ocho horas. Aun así, la sensibilidad de cada médico en particular incidirá en la búsqueda de estrategias para sobrellevar las limitaciones institucionales, sobre todo en aquellos médicos que dado su lugar institucional tienen mayor posibilidad de incidir en un cambio en los procedimientos de atención.

De cómo se vive la intersexualidad desde la pobreza

Cuando conozco a Nadia ella tiene veintiséis años de edad y vive con su familia en una ranchería en el Estado de Jalisco.⁹ Después de hablar con ella por teléfono, la visito en su casa. Recorro un trayecto de cinco horas en autobús desde la ciudad de México, y cincuenta minutos más en camioneta para llegar a su domicilio.

7 Ruy Pérez-Tamayo (2005), p 250.

8 López y Blanco (1993)

9 Los nombres de las personas entrevistadas han sido cambiados para mantener la confidencialidad. Las frases entrecomilladas corresponden a citas textuales tomadas de entrevistas o notas del diario de campo.

La ranchería se conforma de apenas quince casas salpicadas sin orden en un terreno irregular. La mayoría de los habitantes son parientes. Aunque crían vacas y gallinas, principalmente la comunidad se sostiene de los dólares que envían los hombres que indocumentados han ido a trabajar a los Estados Unidos. Me platica Nadia que ella terminó la primaria y suspendió sus estudios: “para qué estudio sí me voy casar y que voy a tener familia”. En la actualidad es soltera y se sostiene vendiendo la leche que ella misma ordeña, ocasionalmente vende zapatos que compra en León o recibe algo del dinero que mandan sus hermanos desde los Estados Unidos.

Nadia fue atendida en el hospital a los trece años de edad, diagnosticada con Hiperplasia suprarrenal congénita y operada para reconstruir sus genitales. En su caso, el hecho de que le “arrancaran el pene y (le) pusieran unos dilatadores” constituye un acontecimiento sujetado a la voluntad divina, ante la cual solo queda la resignación: “Ni modo, Dios me hizo así”.¹⁰ Al parecer, el haber vivido sus primeros trece años con “un pene”, no interpeló el núcleo de su identidad como mujer. La asignación inicial de una partera, bastó a su madre de diecinueve años para acallar la sensación de que Nadia –su tercera hija– tenía algo diferente: “¿qué será?, decía yo, será niño, será niña, pero como yo no sabía así se quedó”. Acostumbrada a una vida difícil, llena de carencias, sin oportunidad de un espacio para articular sus propios deseos, Nadia habla poco, tiene problemas para narrar su experiencia y acepta la entrevista con el interés de saber si puede “tener la regla” (menstruar), evento que la acercaría a la posibilidad de cumplir con el destino preestablecido para las mujeres de su comunidad: “casarse y tener los hijos que Dios [le] dé”.

Trece años después del nacimiento de Nadia, su madre, la señora Emma, mira el cuerpo desnudo de su noveno hijo recién na-

10 En términos médicos, la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) se refiere a un grupo de condiciones endocrinológicas en donde los cuerpos no pueden procesar apropiadamente el cortisol. Como resultado de ello, las glándulas adrenales producen cortisol en proporciones lo suficientemente elevadas como para causar diversos desequilibrios orgánicos. Uno de los signos visibles es la “virilización” externa del cuerpo (tanto en aquellos que tienen ovarios y cariotipo 46XX, como en los que tienen testículos y cariotipo 46XY). En algunas variedades de HSC hay propensión a la pérdida de sal, lo que en casos extremos puede causar la muerte del recién nacido en un corto lapso de tiempo.

cido, asignado niño por el médico de un hospital, y se dice a sí misma: “pues cómo va ser esto, si mi muchacha esta igual y me dicen que es mujer”. Será así que la familia acudirá por primera vez a la Ciudad de México, a un hospital pediátrico de tercer nivel, en búsqueda de ayuda para su hijo Aarón de un año de edad. Aarón será estudiado por los especialistas, diagnosticado con hiperplasia suprarrenal congénita y reasignado niña:

El doctor habló conmigo me dijo: mire, tiene más de niña que de niño. Y yo pues así desesperada, no lo podía creer, pero si ya está bautizado, qué va a decir la gente...//...Como llevaba a mis cuatas [las gemelas que en ese entonces tenían cuatro años], que me las revisan, sus otras niñas están bien, me dicen, luego yo con mucha vergüenza ¿verdad?, ¿cómo le digo de mi muchacha?, de que tengo otra igual.

Así, los casos de Nadia y su hermana Angélica son radicalmente distintos aunque ambas provienen de la misma familia. Su arribo al hospital se da en diferentes circunstancias y aunque ambas fueron operadas, la edad en que son intervenidas varía. La señora Emma me muestra las fotografías de cuando Angélica era Aarón, las tiene a la mano porque a petición de Angélica va a colgar una en la pared. “A veces le decimos [a Angélica], no que ya pasaba esto o lo otro cuando eras niño y ella nomás así, escucha”. No todas las personas cercanas reaccionan de esa forma. La señora Emma me comenta que las personas de la ranchería donde viven les gritaban cosas: “ahí va la de los hijos putos, y yo pues me iba, me metía a mi casa”. Dice Nadia que algunas de sus hermanas no las quieren, que cuando se enojan les hacen burla. También me dice que nunca había pensado en estas cosas, que solo iba a donde su papá la llevaba, que ya le duele la cabeza y que si no me enojo de que me lo diga.

En diversos estudios se ha señalado que la desigualdad social de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza.¹¹ Esta desigualdad social implica una mayor discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud. Articular una voz propia, parece una meta inalcanzable bajo

11 Figueroa (1998).

estas circunstancias. Para Rivas y Amuchástegui, “la voz autorizada expresa la existencia de un individuo o grupo que se reconoce como tal y que por tanto, dirige y decide sobre sus situaciones vitales, condición básica para el ejercicio de derecho”¹². Dicho proceso de construcción se relaciona con la necesidad de autorizar la propia voz mediante la destreza discursiva en las relaciones sociales, es decir, el sujeto con voz propia será capaz de exponer sus argumentos en un diálogo. De esta manera, la habilidad para modelar la propia acción requiere del despliegue de una serie de tácticas y estrategias que implican una previa autorización del sí mismo¹³. Un sujeto con voz propia será capaz de transformar o resistir las normas de la costumbre y la tradición, normas religiosas, morales y culturales que encuadran los valores de los sujetos y su comportamiento en la comunidad.

Al igual que otras mujeres de su comunidad, en el caso de Nadia, su voz parece disolverse entre los designios divinos (la voluntad de Dios), los mandatos de género estipulados por la cultura (casarse y tener hijos) y la autoridad paterna (“solo iba donde mi papá me llevaba”). Es probable que a partir de un proceso de identificación con otras mujeres, Nadia adoptara como estrategia el silencio, la discreción, subordinación y negación de sí misma. Dichas estrategias están reforzadas por la comunidad mediante los valores culturales que estipulan como un deber de las mujeres la sumisión.

En estas condiciones, cuando Nadia se encuentra en el hospital asume el mismo lugar en la relación con los médicos. Su docilidad embona sin problemas en el modelo médico de atención, el cual se encuentra basado en la relación entre un especialista que sabe y un paciente ignorante¹⁴. A esta relación vertical y autoritaria se le añaden las desventajas de su condición de mujer de trece años.

En algunos casos estuvieron presentes algunas formas de resistencia y autonomía. Es el caso de Sonia, originaria de Gue-

12 Rivas y Amuchástegui (1999), p 9.

13 Rivas y Amuchástegui utilizan la noción apropiación, que equiparan al vocablo inglés *entitlement*, para denominar “las formas en que las mujeres expresan y actúan sobre sus necesidades, su autodeterminación y su sentido de la justicia respecto de sus cuerpos. Esta noción permite analizar los componentes subjetivos del derecho, es decir, lo que las mujeres sienten que les es propio”. Rivas y Amuchástegui (1999), p 48.

14 Lara (1998), pp 131-160.

rrero, quien arriba al hospital a los cinco meses de edad con asignación masculina y el nombre de Roy. Es diagnosticado con hiperplasia suprarrenal congénita y reasignada niña. Cuando conozco a Sonia, tiene trece años y su aspecto físico es ambiguo. Viste ropa deportiva dos tallas más grandes, gorra y trae el pelo corto. De tez morena, su estatura es menor al promedio. Antes de entrar al consultorio, el psicólogo me advierte que “ella casi no habla y es de aspecto más bien masculino”, por lo que la cita en conjunto con otra paciente de quince años quien tiene su mismo diagnóstico y es “bastante femenina”.

Cuando salgo a llamarla, Sonia se encuentra tirada en el piso del pasillo, escucha su nombre y se levanta, “tengo sueño”, me dice. El psicólogo me ha comentado que antes su mamá la peinaba con dos colitas, pero ahora Sonia ya no lo permite. Durante esa sesión Sonia apenas y habla, bosteza con frecuencia y yo me siento también adormilada ante las anécdotas personales del psicólogo, la sesión no parece brindarle un espacio de escucha. Varias sesiones después la madre de Sonia nos relata un acontecimiento singular: en un torneo interescolar de voleibol para mujeres, Sonia es agredida por un profesor del equipo contrario quien en medio del juego comienza a gritar “saquen a ese niño”. En forma insistente y grosera, continúa gritando hasta que la maestra de Sonia se aproxima para decirle que ella es niña, ante lo que el señor pide que se lo demuestren. El alboroto crece de tono y concluye cuando Sonia sale corriendo de la cancha, seguida por su madre. La madre cuenta que acudieron a las autoridades escolares de la zona para denunciar al maestro, que le exigió que se disculpara con Sonia. Fue un momento importante porque significó una clara defensa de la madre, quien en un inicio rechazaba el arreglo personal de su hija. Sonia sabe que los demás rechazan su apariencia física, ella dice “soy mujer, aunque parezca hombre”.

Con la madre de Sayan platiqué varias veces antes que con a su hija. Sayan se niega a ir al servicio de psicología desde hace algunos años. Cuando llegó al hospital tenía cinco años, en el expediente se encuentra una amplia colección de estudios y diagnósticos probables. Concluyen que puede tratarse de un “Síndrome de testículo feminizante al parecer por una deficiencia o

resistencia periférica a los andrógenos”¹⁵. Su madre acude sola a las citas del servicio de psicología, se muestra angustiada por el futuro de Sayan, piensa que cuando sus hermanas crezcan, se casen y tengan hijos, Sayan se sentirá mal. También hace preguntas, tiene muchas dudas porque no entiende qué le sucede a su hija. En el expediente consta que Sayan tuvo una plastía de clítoris (llegó con un “falo de 2.5 cm”) y una plastía de labios menores¹⁶.

Cuando la conozco Sayan tiene trece años, su madre me tiene en el pasillo, me comenta que van a ingresar a su hija para hacerle una reconstrucción de vagina, pero Sayan no quiere, la madre piensa que tiene miedo, me pide hablar con ella. Yo dudo que acepte, pero Sayan ha estado presente durante la conversación anterior y cuando le pregunto me dice que sí. Finalmente decide internarse, influyen en su decisión un juguete que le han comprado con anticipación para animarla a hacerlo y los gastos que sus padres han hecho en los estudios preoperatorios. Visito a Sayan todos los días, hablo con los cirujanos de su estado, le pido al jefe de servicio que la escuche, le pido a su madre que la escuche, quizá no es el mejor momento para la cirugía. En una de las visitas a Sayan ella me dice con toda claridad que no quiere que la operen, que no necesita una “arañita” (nombre que usa para denominar a la vagina), que quiere irse, le digo que es posible hacerlo, que tiene que hablar con su madre, con los médicos, le ofrezco mi compañía para darle fortaleza. Ella lo hace. Es dada de alta sin cirugía, la madre angustiada, los cirujanos molestos.

Me doy cuenta que en ambos casos la escucha y el apoyo de alguien más fue fundamental para darle sonido a la voz propia de Sonia y Sayan. Necesitaron de alguien más, un sujeto que autori-

15 Este es un dato tomado directamente del expediente. Puede ser que se refiera a un Síndrome de insensibilidad a los andrógenos, el cual causa que las células de personas nacidas con cromosomas XY sean incapaces de “leer” la testosterona, con lo que sus cuerpos desarrollan un aspecto exterior “típicamente femenino”.

16 Plastía es un término que se utiliza para aludir a la reparación quirúrgica de un tejido o parte anatómica. En el caso de “plastía de clítoris” el término refiere un procedimiento quirúrgico que generalmente implica la reducción del grosor y longitud del falo; en la plastía de labios menores se utilizan los tejidos existentes para asemejar los genitales externos a los de apariencia “femenina”. Una revisión actualizada de los resultados reportados de este procedimiento, interpelado por el movimiento intersexual, se encuentra en Creighton, Sarah: “Adult Outcomes of Feminizing Surgery”, en Sharon E. Sytsma, ed. (2006) *Ethics and Intersex*, Springer, Países Bajos.

zara su deseo, un otro que las colocara como sujetos de derecho. Ellas, a su manera, oponen resistencia a las formas del hospital, a las demandas de los otros.

Para Rivas y Amuchástegui¹⁷ la oportunidad de vivir un crecimiento y socialización dentro de un contexto de seguridad y protección facilita el reconocimiento como sujetos que pueden expresar y solicitar a otros que sus necesidades y derechos sean satisfechos. Probablemente las formas de resistencia que muestran Sonia y Sayan, no son propias de un proceso de carácter racional y voluntario, es decir, no se hace una evaluación de la situación con el fin de desarrollar una acción determinada, sino más bien intervienen otros registros de la subjetividad como fantasías, expectativas, creencias, emociones, frustraciones. Con toda seguridad, el halo de silencio y secreto que rodea su historia, estorba considerablemente la autorización de sí mismas y la emergencia de una voz propia.

De cómo la situación de pobreza desplaza la “condición intersexual”

Uno de los momentos más impactantes, lo experimenté cuando conocí a Mario, diagnosticado a los dos años con Hermafroditismo verdadero¹⁸ y desaparecido del hospital hasta ese momento cuando regresaba a los trece años de edad. Al entrevistarme con él lo noto triste y le pregunto cómo se siente esperando que su tristeza sea reflejo de su condición. Mario suelta el llanto y me platica que extraña a sus hermanos, me cuenta que todos estos años ha estado a cargo de sus abuelos paternos, después de que su padre lo ha alejado a él y sus dos hermanos menores de la madre, se los ha llevado a otro Estado de la República –Veracruz–, y desde ese momento han sido maltratados de todas las formas posibles, obligados a cubrir una jornada de trabajo extenuante en el campo propiedad de los abuelos, golpeados, escasamente alimentados, durmiendo en

¹⁷ Rivas y Amuchástegui (1999)

¹⁸ Hermafroditismo verdadero es el diagnóstico que se asigna cuando hay en el cuerpo presencia de tejido ovárico (que contiene folículos) y testicular en la misma gónada o en gónadas opuestas. Los órganos genitales externos pueden o no presentar algún grado de desarrollo ambisexual. Es un diagnóstico poco frecuente.

el suelo compartiendo un petate. Mario luce delgado, con una estatura menor al promedio, la piel curtida por el sol, la cabeza agachada y el tono de voz bajo, me sorprende su apertura, su franqueza, su transparencia, me abruma su historia y me obliga a olvidar mis preocupaciones referentes a la condición intersexual.

A Mario le interesa reunirse con sus hermanos, los extraña y le preocupa haberse separado de ellos. En el presente vive con su madre, la pareja de su madre y dos medios hermanos. Aunque continúa en situación precaria, las condiciones de vida han mejorado, se encuentra inscrito en una escuela y ahora no tiene que trabajar en el campo. Pero no come, no duerme bien, se siente culpable de vivir mejor que sus hermanos. Él sabe que sus abuelos lo han regresado a la madre porque ella ha insistido en que Mario esta enfermo y necesita atenderse en el hospital. Cuando le pregunto en qué consiste su enfermedad me dice que no sabe, solo sabe que tiene el “pájaro [pene] chico, pero no me importa”. En las entrevistas siempre regresa al tema de los hermanos, a lo cansado que es la vida con sus abuelos, como si el tiempo se hubiese estacionado, su presente no le despierta interés alguno.

Las preocupaciones propias de la condición intersexual pueden quedar desplazadas ante problemas más elementales. Es frecuente que la falta de dinero se conjugue con la dificultad de acceso a servicios de salud. Aún cuando los familiares del infante identifiquen una diferencia en las formas corporales, esto no será un motivo suficiente para movilizarlos al hospital. La inquietud inicial en los casos de genitales “ambiguos” puede ser acallada ante la urgencia de resolver situaciones críticas de la existencia cotidiana. Este hecho resulta trascendental en muchos sentidos. Primero, en repetidos casos se retrasa la edad del contacto inicial con la institución médica. Segundo, implica que la declaración inicial de la asignación sexual puede sujetar la identidad incluso por encima de la variabilidad anatómica. Tercero, conforme el infante crece y después de hacerse consciente de sus formas corporales, tiende a esconder su cuerpo para evitar los actos de violencia o comentarios hirientes provenientes de su entorno social. Cuarto, el hecho de sentirse diferente por las características corporales relacionadas a la asignación sexual, no cuestiona necesariamente la identidad, ni dispara la reflexión sobre el sí mismo y la estructura de género.

Conclusiones

Por supuesto aún queda mucho por reflexionar en torno a la pobreza, el dispositivo médico y la condición intersexual. Lo que queda claro es que tras las circunstancias descritas, se comprende que el vínculo entre médicos y pacientes considerados en condición intersexual esta mediado por relaciones de poder articuladas a distintos niveles. Dichas relaciones se encuentran establecidas con anterioridad al encuentro en el hospital y condicionan la forma en que las personas se perciben a sí mismas y perciben a los demás en función del lugar que ocupan en la estructura del sistema. Esto sucede en general y no sólo con los pacientes pediátricos en condición intersexual.

Como he presentado, la situación de pobreza en que viven algunas de las personas que conocí durante mi investigación, no constituye un impedimento en sí mismo para encontrarle sentido a su experiencia. Antes bien, en algunos casos que tuvieron un encuentro tardío con el discurso y la práctica médica, la identidad aparecía sujeta aún por encima de la anatomía corporal esperada. Algunos familiares y miembros de las comunidades en donde nace un sujeto con “ambigüedad genital”, muestran una mayor apertura que los especialistas del hospital, para asimilar la variabilidad anatómica fuera de los parámetros que regulan la asignación sexual.

Es necesario continuar estudiando las formas de trabajo específicas que muestran los distintos equipos que conforman una clínica de intersexo. Entender a partir de qué se configuran las pequeñas diferencias en el actuar y la toma de decisiones puede resultar fundamental para transformar el actual abordaje médico de la intersexualidad.

Bibliografía

Cortés, F; Hernández, D.; **Hernández, E;** **Székely, M.** y **Hadid, V.** (2002) "Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo XX"; *Serie Documentos de investigación 2.* Secretaría de Desarrollo Social. México.

Figueroa, Guillermo (1998) *La condición de la mujer en el espacio de la salud.* El Colegio de México, México.

López, Olivia y **Blanco,** José (1993) *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta.* UAM. México.

Castro, Roberto (2002) *La vida en la adversidad, el significado de la salud y la reproducción en la pobreza.* CRIM/UNAM. México.

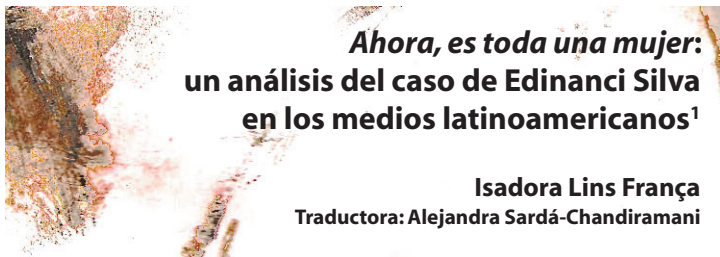
Rivas, Marta y **Amuchástegui,** Ana (1999) "La construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal", en *Reflexiones*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/El Colegio de México, Año 2, N°10. México.

Lara, Maria (1998) "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas", en G. **Figueroa** (comp) *La condición de la mujer en el espacio de la salud.* El Colegio de México. México.

Acerca de la autora:

Escritora. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana. Actualmente candidata a Doctora en Ciencias Sociales. Diplomada en Psicoanálisis y Pensamiento Contemporáneo. Profesora-Investigadora adscrita al Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco. Interesada en entender cuestiones que reúnan temáticas de subjetividad, sexualidad y derechos.

Contacto: eazavala@correo.xoc.uam.mx



Ahora, es toda una mujer: un análisis del caso de Edinanci Silva en los medios latinoamericanos¹

Isadora Lins França

Traductora: Alejandra Sardá-Chandiramani

Introducción

“Ahora, es toda una mujer”. Así termina la nota del periódico argentino *La Nación* sobre Edinanci Silva.² Se trata de la atleta brasileña, judoka, que participó de tres olimpiadas y que ganó, de manera destacada, la medalla de oro en la categoría de peso mediano (hasta 78 kg) de judo femenino en los Juegos Panamericanos de Río de Janeiro 2007. Después de la victoria que le garantizó la medalla de oro, Edinanci recordó a las víctimas del accidente aéreo ocurrido en la misma época de la competencia y resaltó su origen nordestino. No dijo una sola palabra sobre intersexualidad, “hermafroditismo”, hombres o mujeres, y no tendría por qué haberlo hecho. Pero, según la nota del diario argentino, Edinanci es una “campeona diferente”, supuestamente por su condición de haber nacido “hermafrodita”.

En este trabajo, partiendo de la perspectiva de las ciencias sociales, intento producir un análisis sobre el caso de Edinanci, abordando el discurso y las fantasías de los medios y del sentido común con respecto a la intersexualidad, así como la forma en que las instituciones deportivas actuaron reforzando determinados discursos médicos sobre las diferencias entre los sexos.³

1 Este texto fue escrito como trabajo final para la asignatura dictada por la Profesora Mariza Corrêa, del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales –Área de Género–, y es fruto de mi primera aproximación al tema. Agradezco inmensamente a la Prof. Mariza Corrêa la lectura del trabajo, así como la indicación de referencias sobre intersexualidad. No obstante, el contenido del trabajo cae enteramente bajo mi responsabilidad.

2 http://www.lanacion.com.ar/Archivo/nota.asp?nota_id=927633

3 Utilizo como punto de partida la idea de que los medios reproducen algunas opiniones que son de sentido común e intentan hacerse comprender por un “lector promedio”, combinando ese abordaje con observaciones de cuño “científico”.

Intersexualidad y hermafroditismo

En las notas acerca de Edinanci, surge el término “hermafrodita” para calificar la condición que califican como su “diferencia”. En las explicaciones que dan con respecto a ella, encontramos distintas definiciones de esa condición. En el sitio de la Revista *Época* en internet encontramos: “Nació hermafrodita, o sea, con características de los dos sexos”⁴; la Revista *Itoé* trae como llamada de página: “Dudas en el tatami - Judoka hermafrodita se opera para que el COI confirme su condición de mujer y le permita participar de los Juegos”, y en el cuerpo del texto dice: “Los médicos diagnosticaron la intersexualidad de Edinanci.⁵ Se trata de un caso poco frecuente, con una incidencia de uno en cada cinco mil nacimientos. Los portadores son hermafroditas, o sea, poseen las gónadas masculinas (testículos) y las femeninas (ovarios)”; el periódico uruguayo *La República* dice que “La judoka brasileña es seudo-hermafrodita masculino, lo que significa que sus “órganos sexuales internos son femeninos pero los externos eran masculinos hasta abril de 1996, cuando se los extirparon quirúrgicamente”⁶; el periódico argentino *La Nación* trae el siguiente texto: “era hermafrodita. Tenía órgano sexual masculino, pero se sentía mujer; de hecho, sus órganos internos eran femeninos”⁷.

Todos los textos citados utilizan el término “hermafrodita” o “seudo-hermafrodita”, en algunos casos combinándolo con el término “intersexualidad”. Las diferentes definiciones incluyen personas que tienen “características de los dos sexos”, que “poseen gónadas masculinas (testículos) y femeninas (ovarios)”, que presentan “órganos sexuales internos femeninos y externos masculinos” [en este caso, refiriéndose a un seudo-hermafroditismo masculino] y, por último, alguien que tiene “órgano sexual masculino, pero se siente mujer, con órganos internos femeninos”.

4 <http://epoca.globo.com/edic/19980907/socied2.htm>

5 <http://www.terra.com.br/istoe/comport/139214.htm>.

6 <http://www.larepublica.com.uy/lr3/larepublica/2000/09/22/deportes/22825/australiana-acusa-a-brasilena-de-ser-hombre/>

7 http://www.lanacion.com.ar/Archivo/nota.asp?nota_id=927633. Nótese la dualidad “cuerpo vs alma”, también muy usada en el discurso popular para hacer referencia a la transexualidad, en la definición “un alma femenina atrapada en un cuerpo masculino” y viceversa. Aquí no parece haber una referencia a “nuestro modo de estar en el mundo como un todo” sino, por el contrario, a un estar en el mundo irremediablemente escindido. Corrêa (2006), p 176.

Los artículos reflejan la pluralidad de clasificaciones que se aplica a los casos, que nace con la categoría más amplia de “hermafroditismo”, a comienzos del siglo XX, y luego incorpora el pseudo-hermafroditismo, las intersexualidades y, por último, las ambigüedades genitales. Machado también menciona el uso del término “genitales formados de manera incompleta”.⁸ Combinadas con los términos utilizados, las características físicas a las que ellos corresponden activan la aparición de algunos de los “diversos sexos” del discurso médico respecto a la identidad sexual: gonadal, fenotípico, psicológico.

En el recorrido de las notas, cuando abordan la “prueba de feminidad” del Comité Olímpico Internacional y los procedimientos quirúrgicos a los que Edinanci se habría sometido, también se hace referencia a los sexos hormonal y genético. Pero esos elementos no están tan presentes cuando se trata de describir el “hermafroditismo”: si las características genéticas y hormonales son importantes para los médicos y también para las instituciones deportivas en lo que se refiere a la definición del sexo, a las revistas y a los diarios parece resultarles más efectivo hablar de “órganos sexuales internos y externos”, lo que tal vez consiga dirigir o estimular la fantasía de los lectores hacia la androginia y los “seres híbridos”. Las informaciones contradictorias sobre las condiciones de Edinanci, sumadas a una aparente inclinación a presentar la noticia de la manera más espectacular que resulte posible, nos permiten percibir el grado de fantasía que despierta su caso.

La aberración del siglo XIX y lo diferente de finales del siglo XX

Machado relata como la figura del andrógino o hermafrodita se constituyó como tema desde la antigüedad, con la fusión de los cuerpos de Hermafrodito (hijo de Hermes y Afrodita) y la ninfa Sálmakis.⁹ La fascinación y el temor suscitados por la idea del Hermafrodita se extenderán por la Edad Media y, a partir del Renacimiento, harán que los esfuerzos se concentren en la comprensión

⁸ Machado (2005b).

⁹ Machado (2005a).

de su naturaleza monstruosa. En el siglo XIX, los “hermafroditas” pasan a ser objeto de la medicina, que actuará en el sentido de establecer reglas para la definición de esos cuerpos como pertenecientes a uno de los sexos. Mientras tanto, los supuestos “hermafroditas” serán “atracciones bizarras en circos y ferias, como Lê-Ola, un brasileño que, igual que los andróginos de Plinio, poseía el lado izquierdo femenino y el derecho masculino”¹⁰.

En los artículos de los periódicos que describen el caso de Edinanci, aparece la mención a una cierta “diferencia”, un cuerpo marcado, ya sea antes o después de las operaciones a que se sometió. La nota más escandalosa en este sentido es la del periódico argentino *La Nación*, que lleva por título “Una campeona diferente de todas”. El artículo comienza describiendo las bromas de que fuera objeto Edinanci en su adolescencia (a pesar de no existir declaración alguna de Edinanci en ese sentido). Y prosigue refiriéndose a su “problema sin solución”: el “hermafroditismo”. A esa diferencia se le suma el dato de que era muy pobre y había trabajado cortando caña hasta los 15 años. Sobre el hecho de que Edinanci se inició en el deporte por recomendación médica, como tratamiento de una laberintitis, el periódico dice que la laberintitis puede ser una enfermedad producto del estrés. Todo ello para indicar el dolor de la brasileña por ser diferente, que estaría presente en todos los momentos, inclusive en la victoria: “Y aún hoy lo recuerda con algo de dolor la brasileña, subida al podio, tras haber ganado la categoría de judo de hasta 78 kg femenino”. De manera forzada, el periódico amarra toda la historia de Edinancia a su condición de “hermafrodita”.

Para la revista *Época*, su condición física, la pobreza, y el hecho de ser negra, colocaban a la luchadora en una situación “humillante”: “Negra, pobre y encima, como dicen, “mulé-macho”, recibió una dosis triple de prejuicio. Hubiera quedado atrapada en esa condición humillante si no la hubiera salvado una crisis de laberintitis, trastorno neurovegetativo que se manifiesta a través de mareos, náuseas y jaquecas”. Al igual que el “hermafroditismo”, la raza y la clase aparecen en el artículo como grilletes humillantes e, irónicamente, es una enfermedad la que vendrá a rescatarla de

10 Leite Jr. (2006), p 259.

ese estado. Al procurar tratamiento para su laberintitis, Edinanci encontrará entonces la cura para el “hermafroditismo”, la raza y la clase, triunfando en el deporte. Obsérvese que el “hermafroditismo” aparece sugerido por la expresión “*mulé-macho*”, atribuida al habla popular pero reforzada por la revista.

Tanto el periódico *La Nación* como la revista *Época* también incluyen declaraciones de luchadoras acerca de la “fuerza diferente” de Edinanci¹¹. La condición que la torna “diferente” en todas las situaciones también la tornaría más poderosa que otras mujeres. Forzando la analogía, podría decirse que al igual que sucedía en otras épocas, ambas notas presentan una descripción fantástica de la “hermafrodita”, entre la aberración y el prodigio. Esa lectura me parece bastante plausible, reforzada además por las asociaciones surgidas de la sección dedicada a los comentarios de los lectores en el diario *La Nación*: en uno de los comentarios, no es la judoka Briceño quien lucha contra Edinanci sino la Argentina, que tiene que vérselas no con una judoka, sino con un “error de la naturaleza”¹².

Según Machado, “del monstruo moral del siglo XIX vemos nacer, a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, el individuo con los ‘genitales formados de manera incompleta’, o sea, aquel que recibe un diagnóstico médico por el cual su problema de ‘inadecuación genital’ puede ser atendido por profesionales capacitados”.¹³ Los artículos de los periódicos y, de manera más directa, algunos comentarios de lectores, indican que el pasaje del “hermafrodita” de monstruo moral a “individuo cuyos genitales no están completamente formados”, problema que pueden tratar los

11 La declaración de la luchadora argentina, que fuera derrotada por Edinanci en las semifinales de judo: “Nunca pude ganarle. Es diferente a todas las judocas contra las que competí. Es mucho más fuerte”. La revista *Época* también trae declaraciones de una adversaria: “una de sus principales rivales, la minera Edilene Andrade, sintió el poder de la musculosa de Paraíba desde la primera vez que la enfrentó: ‘Edinanci tiene una fuerza diferente’”. Cabe destacar también que el periódico *La Nación*, al reproducir las palabras de la luchadora argentina derrotada, también se hace eco de un sentimiento de injusticia frente al resultado y a la rivalidad entre los dos países. Así, los nacionalismos salen a la luz gracias a una disputa que se da no sólo en el ámbito del deporte sino del cuerpo y de la definición del sexo.

12 Reproducción completa de la carta de lectores: “Es totalmente injusta la participación de Edinanci, él es mucho más hombre que mujer, debería luchar con los hombres. Edinanci es un hombre unisex (sirve tanto para hombre como para mujer), creo que ni los padres sabían lo que él era ahaahuaha. Creo que la argentina terminó perjudicada por tener que pelear con ese error de la naturaleza”.

13 Machado (2005b), p 253.

profesionales, no se realiza de la misma manera en todos los ámbitos de producción discursiva sobre el tema. El discurso médico-científico es un gran impulsor de saberes con respecto a los estados de intersexualidad o de ambigüedad genital, así como de aquello que diferencia a los sexos entre sí, pero ese discurso convive y se relaciona con el saber o la imaginación del sentido común sobre el tema, que muchas veces todavía remite, en cierta medida, a la monstruosidad, la aberración y lo fantástico. No es casual que la revista *Época*, en su nota, afirme que “entre traumas y maledicciones, Edinanci escapó del rótulo de aberración, afirmándose como mujer”. Pero la propia nota, y otras, parecen al mismo tiempo reafirmar o sugerir ese “rótulo”.

Masculino y femenino

Miriam Adelman relata cómo la práctica deportiva, cuando la realizan mujeres, implica una cierta vigilancia o ansiedad en relación a la preservación de las convenciones relacionadas con la feminidad:

Los deportes continúan siendo evaluados en términos de género, inclusive aquellos que se tornaron ‘unisex’ en tanto son vistos como potencialmente ‘masculinizadores’ para las mujeres. Según la historiadora norteamericana Mary Jo Festle, las mujeres atletas siempre tuvieron que enfrentarse a dos tipos de prejuicios sociales: que sus ‘diferencias físicas’ las hacían mucho menos competentes para el deporte en comparación con los hombres y que la práctica deportiva las masculinizaba, convirtiéndolas en mujeres ‘anormales’ y/o en lesbianas¹⁴.

En este sentido, el caso de Edinanci, por competir en judo y presentar una apariencia que se considera más bien “masculina” (cabellos cortos, gestos duros, hombros anchos) pone en debate los límites de lo que puede entenderse como “normal” cuando se trata de las convenciones en torno a la masculinidad y la feminidad. La situación se complica todavía más cuando surge la información de

14 Adelman (2003), p. 448.

que la atleta precisaría de intervenciones quirúrgicas para poder pasar la célebre “prueba de feminidad” que exige el COI, lo que coloca en cuestión los límites de las “diferencias físicas” entre hombres y mujeres. Esos factores, sumados a la suposición de que su sexo podría “no ser natural” o, por lo menos, “no ser como los otros” abren camino a una serie de especulaciones y a la vigilancia de los medios sobre qué sería lo “masculino” o lo “femenino” en Edinanci.

El texto de la revista *Época*, al cual recurro en esta sección, es el más escandaloso en cuanto a su intento de describir y clasificar el comportamiento, la apariencia y las características físicas de la atleta como masculinos o femeninos, aunque otras notas también lo hagan, pero de un modo menos violento. El autor de la nota afirma que “*Edinanci no tiene senos. Nunca menstruó. No puede concebir un hijo. Y tiene apariencia masculina*”. La nota continúa:

A pesar de la apariencia, debajo del kimono hay una muchacha tierna, casi ingenua. La judoka de hombros anchos y piernas gruesas elude como puede los insistentes consejos de sus colegas para que se vuelva más femenina. Garantiza que continuará siendo siempre ‘una niña grande’. En lugar de usar aros, rouge y vestido, Edinanci se mantiene fiel a los jeans, el sweater y las remeras anchas. Sigue llevando el cabello corto, y nada de trenzitas afro, como desearían sus amigas. ‘Si me produzco, voy a parecer un travesti’, dice con humor (...) Tener que lidiar con un lado femenino que está por fuera de los patrones habituales le ha dado una gran habilidad para huir de los constreñimientos innecesarios. Por ejemplo, jamás utiliza los baños públicos para evitar que alguien le diga que el baño masculino es el de al lado. ‘Eso ya me pasó varias veces’. A pesar de los prejuicios, dice que ya tuvo novio y que, aunque ahora está sola, busca un compañero. Virgen al estilo antiguo, planea su primera vez con un hombre comprensivo y soñador¹⁵.

En el texto se hacen explícitas las oscilaciones entre la afirmación de la “feminidad” de la atleta y, al mismo tiempo, el señalamiento de sus rasgos “masculinos”. En ese movimiento se escu-

15 Fuente: <http://epoca.globo.com/edic/19980907/socied2.htm>

driñan condiciones físicas que, por la manera como son mencionadas, sugieren un cuerpo de hombre, finalizando con una correspondencia entre ese cuerpo y una “apariencia masculina”. Más adelante, el autor del texto evoca a una “muchachita”, una niña, “debajo del kimono”. De cierta manera, esa alusión viene a justificar los rasgos físicos antes presentados como “masculinos”: ahora, ellos también pueden indicar una ambigüedad típica de los cuerpos infantiles. La infantilización surge, así, en alusión al cuerpo de una mujer que “no menstrúa”, “no tiene senos”, o “no puede concebir un hijo”. La propia Edinanci – y aquí damos por sentado que la nota ha reproducido fielmente sus declaraciones – se refiere a sí misma como una “niña grande”, pero parece lidiar con mucha más desenvoltura con la discordancia entre ella y determinadas convenciones relacionadas con la feminidad: en las frases que se transcriben, ella dice que si se “produjera” parecería un (sic) travesti. Lo irónico es que el término “producir” encaja muy bien con la situación. Para el autor del texto, los aros, el rouge y el vestido parecen ser importantes para producir una mujer. Así como la heterosexualidad, el soñar con el casamiento y –¿por qué no?– la virginidad al estilo antiguo. En esa nota, como en otros, en el contexto al que se enfrenta Edinanci, una “prueba de feminidad” o las operaciones, producen una mujer.

La prueba de feminidad del COI

En el sitio del Comité Olímpico Internacional no se encuentra referencia alguna al procedimiento de la “prueba de feminidad”, y los únicos protocolos actuales que de alguna forma se pueden relacionar con la comprobación del sexo del atleta tienen que ver con atletas transexuales. En esos casos, la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional llegó en 2004 al siguiente consenso¹⁶: los

16 Los aspectos más discutidos por la Comisión para llegar a establecer esas reglas giraron en torno al período de administración de las hormonas y a la influencia de las hormonas masculinas en el desempeño del atleta
[Fuente: http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_904.pdf]. Nuevamente, lo que se plantea también en la “prueba de feminidad” es si los hombres podrían aprovechar su envergadura física para competir con ventaja en modalidades femeninas. Por detrás de esa concepción está la idea de que hay un cuerpo ideal “natural”, libre de influencias externas y de tecnologías corporales. Especialmente en el deporte, pese a todo lo que se invierte en las pruebas antidoping,

casos de transexualidad y la aceptación de atletas transexuales se podrían dividir en “a) ‘sex reassignment before puberty’: los atletas están autorizados a competir de acuerdo a su “identidad de género” siempre que su reasignación [reassignment] tenga lugar antes de la pubertad, y b) ‘sex reassignment after puberty’: los atletas están autorizados a competir siempre que 1) hayan pasado por transformaciones anatómicas quirúrgicas completas, que incluyen transformaciones de los genitales externos y gonadectomía, 2) su reasignación haya sido reconocida legalmente, por los órganos competentes y 3) la administración del tratamiento hormonal se haya realizado de forma apropiada y en el momento adecuado de modo tal que las posibles ventajas queden reducidas al mínimo. El protocolo también afirma que el atleta sólo puede ser admitido después de transcurridos por lo menos dos años de la gonadectomía (traducción libre de la autora).

Mientras tanto, si bien esas reglas parecen dirigirse específicamente a atletas transexuales, lo que dicen respecto a los casos de intersexualidad resulta en cierta forma ambiguo. La *Wikipedia*, enciclopedia electrónica, señala que la idea de la “verificación del género” surgió en los Juegos Olímpicos cuando se alegó que “atletas de sexo masculino intentaron competir como mujeres, tratando de sacar ventaja de esa situación, o cuando un *intersexual natural* [cualquiera sea el significado de “intersexual natural”] *compitió como mujer*” [subrayados y comentario entre corchetes míos]¹⁷. En la nota explicativa de la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional referida a las recomendaciones para la reasignación del sexo en los deportes, leemos que resulta necesario formular las mismas en un contexto marcado por la “llegada de métodos más refinados para la identificación de individuos transexuales y *mejores perspectivas para la rectificación de cualquier ambigüedad sexual*, en el cual

esa idea resulta bastante discutible, teniendo en cuenta los innumerables procedimientos para mejorar el desempeño del atleta, incluyendo las intervenciones quirúrgicas, la administración de vitaminas y otras sustancias, e incluso las vestimentas y calzados especiales, entre otros. Con esto no quiero decir que las diferencias entre hombres y mujeres sean irrelevantes en la práctica deportiva, sino que el proceso por el cual se establecen las diferencias entre los sexos, en esos casos, da por supuestos cuerpos naturales, libres de intervenciones.

17 Fuente: http://en.wikipedia.org/wiki/Gender_verification_in_sports. La Wikipedia fue una de las pocas fuentes en Internet en las que pude encontrar información que pareciera confiable sobre la “gender verification”, ya que podía ser confirmada en parte en las noticias o en las notas publicadas por los medios.

el número de individuos que pasan por la reasignación sexual ha aumentado”¹⁸ [traducción libre y subrayados míos].

Las recomendaciones relacionadas con los atletas transexuales aparentemente también tienen por objeto regular la participación de personas consideradas intersex. Esas recomendaciones surgen, inclusive, algunos años después de que dejara de aplicarse la “prueba de feminidad” a la que fue sometida Edinanci Silva. No resulta descabellada la hipótesis de que tal vez hayan sido creados para dar cuenta de la fijación de límites corporales claros en lo que concierne a la diferencia sexual en el deporte, papel que desempeñara anteriormente la “prueba de feminidad”, que concitó las críticas de activistas y asociaciones deportivas.

En Brasil, la averiguación que el Comité Olímpico Internacional designaba como “gender verification” se conoció como “prueba de feminidad”: consistía en un análisis que se les realizaba a todas las atletas que competían en las modalidades femeninas de los Juegos Olímpicos, para verificar que su participación en esas categorías fuera legítima. La prueba comenzó a aplicarse en 1966 en competencias realizadas en Europa, como respuesta a la sospecha de que algunas competidoras de Europa del Este y de la Unión Soviética eran hombres que se hacían pasar por mujeres¹⁹. Desde entonces, la forma en que se aplicó la prueba fue cambiando; al comienzo, en las competencias previas a los Juegos Olímpicos de 1968, una junta médica realizaba una “revisión física”²⁰; luego, en 1968, ese sistema cambió para convertirse en un estudio basado en

18 Fuente: http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_904.pdf

19 Pero no había hechos contundentes que justificaran esas sospechas, lo que nos hace pensar que las mismas no pasaron de ser delirios que resultaron creíbles, en buena medida, por el contexto de la Guerra Fría. Hay relatos sobre algunos casos en los que hubo atletas acusados de haber fingido un sexo diferente, pero que parecen ser producto más de la ambigüedad genital que de alguna intención manifiesta en ese sentido. Un comunicado de la Asociación Canadiense de Medicina del Deporte en el que exige que cesen las pruebas afirma que era probable que la mayoría de esos casos presentaran “genitales externos ambiguos y testículos internos. Los niveles de androgenia de esos individuos pueden haber contribuido a su éxito en el deporte pero es improbable que, siendo las atletas mujeres jóvenes, tuvieran noción de eso o lo explotaran como una ventaja”. El comunicado también afirma que en la década de 1960 las mujeres comenzaron a exhibir desempeños notables en el deporte y se embarcaron en programas de entrenamiento que favorecían el desarrollo muscular de sus cuerpos, lo que también puede haber aportado a las especulaciones con respecto a su sexo. Fuente: www.casm-acms.org/forms/statements/GendereVerifEng.pdf

20 Las atletas describieron esa revisión como algo humillante e invasivo, lo que obligó al Comité Olímpico Internacional a pensar en otras maneras de realizar la prueba.

análisis de laboratorio sobre material extraído de la mucosa bucal de las atletas, en busca de la presencia del “Barr Body” que comprobaba la existencia de los cromosomas XX (en casos negativos o indefinidos, se realizaban nuevos estudios hormonales y ginecológicos)²¹; por último, el estudio fue a su vez sustituido por la *reacción al gen* SRY. La primera atleta que no pasó la prueba de feminidad fue la polaca Ewa Klobukowska, en 1967, que presentaba una rara condición genética y se había sometido a tratamiento consistente en la administración de hormonas femeninas y la extirpación de testículos intra-abdominales. Se le impidió participar de competencias posteriores y su caso se tornó público²². En 1996, fueron 8 las atletas que no pasaron la prueba, aunque fueron admitidas en la competencia tras someterse posteriormente a exámenes físicos.

En 1999, después de que diferentes asociaciones médicas y deportivas se manifestaran en contra de las “pruebas de feminidad”, el COI las abandonó. Algunos de los argumentos para suspender la realización de esta prueba plantearon cuestiones de orden ético: la prueba era obligatoria; a las mujeres se las descalificaba por condiciones que eran genéticas; la prueba resultaba un abuso, ya que se la realizaba en un país extraño y por lo común las mujeres se tornaban objeto de la atención pública.

Otros argumentos giraron en torno a la falta de validez científica de la prueba: mujeres con alteraciones genéticas que no tienen posibilidad de alterar su desempeño de manera significativa podían sin embargo fracasar en la prueba, que tampoco medía el uso de esteroides por parte de las mujeres, lo que sí puede mejorar su desempeño.²³ Entre las alteraciones que podían aparecer en la prueba y que no se traducen en ventajas desde el punto de vista

21 La mayoría de las veces, las atletas se retiraban de la competencia al no pasar la primera prueba, temiendo la exposición pública que esa situación podía generarles. Después de 7 competencias, se estima que la relación de atletas que no pasaron la prueba fue de 1:500. Fuente: www.casm-acms.org/forms/statements/GendereVerifEng.pdf

22 Fuentes: www.casm-acms.org/forms/statements/GendereVerifEng.pdf e http://en.wikipedia.org/wiki/Gender_verification_in_sports.

23 Estas informaciones fueron tomadas del comunicado de la Asociación Canadiense de Medicina Deportiva y resultan plausibles, teniendo en cuenta que el acento está puesto en la existencia o no de posibles ventajas para el rendimiento deportivo. Pero la descripción de las condiciones no aporta información alguna sobre los posibles problemas de salud relacionados con ellas. Como ya lo señalara Corrêa (2006), la tendencia a subestimar los aspectos relacionados con la salud en lo que se refiere a estas condiciones, también se confirma aquí.

del desempeño deportivo (pero que sí pueden tener como consecuencia problemas de salud) se cuentan las siguientes: a) Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos, por el que las células son incapaces de responder a la testosterona generada por testículos intra-abdominales atrofiados – el sexo gonadal, hormonal y cromosómico puede considerarse masculino, pero las características secundarias, entre las que se encuentran la masa muscular y la fuerza, se consideran femeninas; b) Disgenia Gonadal, en la que se presentan cromosomas XY sin que eso resulte en otras alteraciones fenotípicas; c) Síndrome de Turner, que consiste en la presencia de un cromosoma 45, XO, ausencia de cromosoma X.

Como contrapartida, a las mujeres con problemas de salud o a las que se les habían administrado sustancias que eventualmente podrían favorecerlas en la práctica deportiva, la prueba no les impedía competir, como sucede con las mujeres con a) Hiperplasia Congénita de las Suprarrenales²⁴, b) Tumores productores de andrógenos, c) Síndrome de Ovario Poliquístico, que puede llevar a niveles más elevados de producción de hormona masculina y d) Mujeres que ingieren por vía externa hormonas masculinas.

Pero hay otras condiciones que podrían llevar a las mujeres a pasar la prueba, o a no pasarla, entre ellas las relacionadas con los estados de intersexualidad o “seudo-hermafroditismo” y “hermafroditismo verdadero”. Un comentario publicado en el Journal of American Medical Association²⁵ resalta que “uno de los principales problemas [de la prueba de feminidad] fue la exclusión injusta de mujeres que tenían trastornos congénitos en los que estaban involucradas las gónadas y los genitales externos (p.ej. el pseudo-hermafroditismo masculino). Fueron contadas las ocasiones en que a las mujeres atletas que no pasaron la prueba se les ofreció un seguimiento sistemático, y con frecuencia la prueba misma se

24 La descripción que hace la Asociación Canadiense de Medicina Deportiva (ACMS) de la Hiperplasia Congénita de las Suprarrenales se refiere a una producción de hormonas masculinas que pueden generar una masa muscular mayor, favoreciéndolas en deportes en los cuales la fuerza juega un rol fundamental. Fausto Sterling (2005) se refiere al mal funcionamiento de las enzimas involucradas en la producción de esteroides. Corrêa (2006) se refiere a la ausencia de corticoides que deberían ser producidos por las suprarrenales, lo que causa la “virilización” del clitoris, la fusión de los labios y la “vagina en fondo ciego”. Como estas informaciones me resultan, a primera vista, contradictorias y exigen una investigación más profunda, opté por no incluir la nota explicativa de la ACMS en el cuerpo del artículo.

25 Citado en http://en.wikipedia.org/wiki/Gender_verification_in_sports.

realizó en circunstancias muy públicas. Dicho seguimiento tenía una importancia central, porque no se trataba de impostores masculinos sino de confusiones causadas por el pseudohermafroditismo masculino”.

Produciendo mujeres

En el caso de Edinanci y de la polémica generada en los diarios y las revistas, la prueba del COI y las supuestas cirugías aparecieron como elementos decisivos para que a la atleta se la considerara una mujer. La historia que apareció en los periódicos –con excepción de una nota, a la que me referiré más adelante– era que, para pasar la “prueba de feminidad”, Edinanci tuvo que someterse a intervenciones quirúrgicas, para adecuarse a las exigencias de la prueba y así poder competir. En las notas se describe que la atleta fue sometida a cirugía para extirparle testículos intra-abdominales (procedimiento que se conoce como orquiectomía bilateral) y para reconstruirle el clítoris (clitoridectomía).

En las notas que se refieren a la condición de la atleta, a las supuestas cirugías, a la prueba del COI, aparece la idea de que esos elementos tienen la capacidad de conferir o comprobar la feminidad. En las notas que se refieren a Edinanci, y también al caso similar de la jugadora de voley Érica²⁶, pasar la prueba de feminidad se describe como equivalente a tener derecho a una “carterita rosa”, como afirma la revista *Época*: “aunque ya posee la carterita rosa, continúa despertando sospechas”. Eso equivale a decir que la prueba es el pasaje para entrar al mundo de las mujeres (aunque la atleta continúe resultando “sospechosa”).

Las supuestas cirugías también aparecen como intervenciones que confirman o completan el “sexo” de Edinanci. Para Machado,

26 En ese caso, la polémica fue mucho menor, imagino que por el hecho de que a Érica no se la consideró una mujer “masculinizada”, y porque ella juega a un deporte que se ve como más femenino, el voleyball. La Federación Internacional de Volleyball le exigió a la jugadora que se realizara la prueba, y ella debió someterse a tratamientos para pasar la prueba y poder jugar en la selección brasileña de voleyball. Fuentes:
<http://www1.folha.uol.com.br/folha/esporte/ult92u70960.shtml> e
<http://pan.uol.com.br/pan/2007/modalidades/volei/brasileiros/erika.jhtm>.

refiriéndose a las decisiones en torno a intervenciones quirúrgicas en el caso de bebés considerados intersexuales:

Lo que se considera ‘natural’, la anatomía, es lo que, paradójicamente, será construido por medio de técnicas quirúrgicas y de intervenciones farmacéuticas, o sea, que el sexo deja de ser ‘natural’. (...) Así, al mismo tiempo que la naturaleza del sexo se ubica en el cuerpo, este no está ‘completo’. A partir de ahí, la construcción del ‘sexo completo’ sigue determinadas orientaciones en las que la biología se mezcla con representaciones sociales asociadas a lo femenino o a lo masculino: el tamaño del pene, la capacidad reproductiva, la adecuación de los genitales para el sexo penetrativo y heterosexual, entre otras²⁷.

Pero en el caso del que nos ocupamos aquí se trata de una mujer adulta, con identidad ya definida, como sucede –según datos todavía preliminares– con casi la mitad de las personas (adolescentes y adultas) que consultan a los servicios médicos brasileños con la intención de tratarse por una condición que las afecta²⁸. En ese contexto, no era importante “diagnosticar” el sexo sino “completar”, a partir de las operaciones, una identidad de mujer ya definida y de especular con respecto a la adecuación de esa identidad al cuerpo, el comportamiento, la apariencia, la identidad sexual y la historia de vida de la atleta, en una perspectiva fuertemente normalizadora, como percibimos en todo este trabajo. Nuevamente, regresamos a la nota de la revista *Época*:

En el tatami de la vida, ella golpea al prejuicio y defiende su feminidad. Desde el 30 de abril de 1996, cuando se sometió a dos delicadas operaciones –orquiectomía (extirpación de los testículos) y clitoridectomía (reconstrucción del clítoris)– esta paraibanense de 22 años olvidó el significado de la palabra paz. Pero decidió confiar en la medicina y seguir adelante. Con la primera operación, los médicos procuraron bajar la producción de testosterona, hormona masculina. En la segunda, la intervención tuvo un carácter anatómico. Entre traumas y maledicencias, Edinanci escapó del rótulo de aberración y se afirmó como mujer.

²⁷ Machado (2005a).

²⁸ Corrêa (2006).

Al analizar el fragmento que acabamos de reproducir resulta clara la idea de que la medicina y las cirugías son la forma que encuentra la atleta para “defender su feminidad”, “escapar del rótulo de aberración” y “afirmarse como mujer”. El diario argentino “La Nación” presenta la frase ya citada “Ahora, es toda una mujer” refiriéndose a las supuestas cirugías y al resultado positivo de la prueba de feminidad.

Mauro Cabral habla de un tipo de abordaje médico de la ambigüedad genital que consideraba al cuerpo como “el sostén material, imprescindible, de la asignación de género y del éxito de esa asignación a lo largo de la vida.”²⁹ Este regreso del cuerpo sexuado como determinante —esta vez no de la identidad sexual “verdadera”, sino de la posibilidad misma de una identidad sexual— precisaba no solamente de asegurar la apariencia exterior de los genitales sino también ciertas funciones estimadas fundamentales”. Me parece que, en la repercusión que tuvo el caso de Edinanci en los medios, no se podría afirmar que fuera necesario un cuerpo anterior alejado de toda ambigüedad para definir la identidad femenina de la atleta, dado que se trataba de una mujer adulta, y negar eso tal vez ya implicara ir demasiado lejos, aun para lo que son capaces de hacer los grandes medios. Pero sí fue necesario que ella se sometiera a cirugías o que su sexo fuera asegurado por una junta médica para que se la considerara una “mujer completa” sin dejar por eso de ser una “mujer diferente”. Lo mismo aparece como imperativo para que ella pudiera participar en los Juegos Olímpicos.

En una entrevista con la revista *Istoé*, el ginecólogo que le recomendó la cirugía, Fernando Freitas, afirmó que “la atleta fue inscripta, criada, educada y se desarrolló como niña. Pero sus genitales ambiguos le traían problemas físicos y emocionales. Por eso la cirugía era recomendable, independientemente de su actividad profesional, y de la perspectiva de su participación en los Juegos Olímpicos”. Por otro lado, el cirujano Walter Koff, responsable de las dos operaciones, según la revista, dijo que debía “salvaguardar a la paciente” de las declaraciones referidas a ella, por “cuestiones éticas”. Al mismo tiempo, esas mismas “cuestiones éticas” no le impidieron declarar, con el orgullo de quien ha hecho “un buen tra-

29 Cabral (2005).

bajo” sobre la paciente, que: “hay una cosa que es cierta: ella va a pasar la prueba del COI”. Ni tampoco describir en detalle los procedimientos quirúrgicos que se realizan a pacientes como Edinanci. Por eso quiero resaltar la aparente contradicción en los discursos de los dos médicos a los que la revista entrevistó: para uno, la posible participación en los Juegos Olímpicos resultaba irrelevante para la decisión acerca de la cirugía; para el otro, lo único a declarar era que la atleta iba a pasar la prueba de feminidad. Las pocas declaraciones de la propia Edinanci procuraron minimizar la exposición pública a que se la sometió y centrarse en el tema de su rendimiento como judoca: “Nunca le presté atención a toda esa historia. Lo que quiero es traer la medalla y dársela a mis padres como regalo”³⁰.

Sólo la nota de la revista TRIP³¹ critica la cobertura irrespetuosa del caso por parte de la prensa e incluye declaraciones de Edinanci quien afirma que “nunca me operé, ni tuve miedo de ninguna prueba, y tampoco me importó demasiado lo que pensarán los otros. Siempre supe que soy mujer”. Además, muestra fotos de la atleta cubierta por una toalla, en posiciones sensuales y pintándose los labios. Pero lo que incomoda es cómo, también aquí, resulta preciso afirmar que Edinanci es mujer y los artificios a los cuales recurren los autores del reportaje para alcanzar ese objetivo: reforzar en todo momento los rasgos que pueden interpretarse como de sometimiento, resignación, cuidado, silencio. Analicemos los siguientes fragmentos:

Edinanci no le protesta a la vida. Es luchadora. No se quejó ni siquiera cuando tuvo que someterse a la prueba de feminidad para disputar los Juegos Olímpicos de Atlanta. No se dio por enterada de que sus rasgos físicos son poco comunes y de que se apartan de los modelos Ford/Elite/Avon, ni de las cantidades de hormonas masculinas que solían aparecer en sus análisis, Edinanci nunca protestó. En silencio, fue al consultorio, como hacen las mujeres fuertes frente a las dificultades más grandes. La prueba demostró lo que ella siempre supo. Es mujer. tan mujer, que supo soportar en silencio notas de revistas y programas

30 Fuente: <http://www.terra.com.br/istoe/comport/139214.htm>

31 Fuente: <http://revistatrip.uol.com.br//redirect.php?link=http://www.trip.com.br/51/edina/home.htm>

de televisión que insistían en insinuar desviaciones sexuales, hermafroditismo y hasta una supuesta operación para eliminar lo que 'sobraba' en su cuerpo. Edinanci, siempre educada, se limitó a desmentir. (...) Mientras espera que se detenga la montaña rusa, Edinanci sueña con el oro olímpico y con el gimnasio para criaturas carenciadas que espera poder construir con el dinero que va a intentar recaudar. 'En el gimnasio los niños van a poder vivir, estudiar y entrenarse. Pienso en grande. Es la única forma de poder conseguir las cosas'. Mujer de verdad [cursivas mías].

Aun teniendo las mejores intenciones, la nota cae en presentar una imagen de Edinanci que conecta todas sus reacciones frente a la cruel cobertura de los grandes medios a una idea de mujer que se somete, que sigue callada, que no reclama, a quien le interesa cuidar a otros. Así como en las otras notas, es preciso afirmar o explorar lo que hay de femenino en Edinanci, definir lo que es una “mujer de verdad”. Si las otras notas lo hacen a través de artificios bastante dudosos, como vimos, aquí pareciera que el texto, aunque critique a los otros, no resiste una segunda lectura. Aunque no se sepa exactamente cuáles son las razones que llevan a Edinanci a guardar silencio, no hay nada que indique que se trata de la expresión de una inclinación natural femenina al sometimiento.

Consideraciones finales

Al visitar el blog de Mauro Cabral, vi que no era la única que me había sentido molesta por la forma en que se había presentado la información con respecto a este caso. Allí pude leer su indignación ante el artículo difundido por *La Nación*:

Como dije antes, las razones subjetivas para esas cirugías me son ajenas por completo. Pero ¿es así nomás? ¿es preciso hacerse extirpar una parte del cuerpo y luego reconstruir lo que queda para poder obtener un “certificado de feminidad”? Es así nomás. El relato del periodista no se cuestiona, no se revuelve, no se horroriza. Es así, punto. ¿Se horrorizarán sus lector*s? Me permito dudarlos.³²

32 <http://nadaqueelegir.wordpress.com/>

Al igual que a él, las lecturas del artículo de *La Nación* me generaron una profunda incomodidad y me llevaron a procurar otras fuentes. No encontré ninguna fuente confiable que presentara declaraciones de la propia Edinanci sobre lo que le había ocurrido y, al igual que a Cabral, las razones subjetivas para someterse a esa clase de cirugías me eran totalmente ajenas. Puede ser que la atleta hubiera escogido hacérselas como forma de tratar algo que la incomodaba profundamente, que la tornaba blanco del prejuicio ajeno o incluso que perjudicaba su salud. Puede ser que no, que se haya sentido obligada a realizárselas para participar de los Juegos Olímpicos y dar continuidad a su carrera deportiva, que la mantiene no sólo a ella sino a toda su familia en Paraíba³³. Puede ser, incluso, que nunca hayan tenido lugar esas cirugías, ya que hay una fuente –aunque en minoría frente a las otras– que así lo afirma. En Corrêa, encontramos que:

los agentes desean adecuar sus cuerpos mutantes de una manera que sea ‘funcional’ –cualquiera sea la dirección que tome en cuanto al género– que es lo mismo que desean las personas que procuran someterse a cirugías estéticas. Pero para esto dependen no sólo de la voluntad de los médicos, y de las limitaciones materiales que les imponen sus cuerpos, sino que también tienen que enfrentarse a los complejos engranajes sociales y estructurales de los que forman parte.³⁴

En este trabajo procuré abordar no tanto los deseos de Edinanci de adecuar o no su cuerpo –que me resultan inaccesibles– sino más bien el modo como determinados “engranajes sociales” con los cuales la atleta tiene que enfrentarse se hacen visibles gracias a esta historia. Por eso, me centré en la manera como las noticias publicadas en periódicos y revistas –que por cierto son expresiones de por lo menos un sector del sentido común– abordaron el caso y cómo procuraron desmenuzar cada característica de Edinanci y pronunciar un veredicto sobre su feminidad; cómo pro-

33 Según una entrevista con Edinanci: “la vida financiera de mi familia gira en torno a Edinanci, ellos consideran que fue una buena decisión la de irme a São Paulo. Hoy en día, muchas cosas que tenemos es gracias a mi trabajo en el judo (...) Cuando una es adolescente, sueña mucho y no vive en la realidad. Hoy, mi realidad financiera es una realidad para mí y para mi familia, mis padres, mis hermanas y mis sobrinos”.

Fuente: <http://www.paraiba.com.br/noticia.shtml?23918>

34 Corrêa (2006).

movieron una lectura sensacionalista del caso de la atleta y presentaron los estados de intersexualidad como algo exótico; cómo en muchas de ellas las cirugías aparecieron como una exigencia que debía cumplirse sin cuestionamientos para poder competir en los Juegos Olímpicos; cómo las cirugías y los exámenes eran vistos como medios para crear mujeres completas, reconocidas y socialmente aceptables.

Bibliografía

Adelman, Miriam (2003) "Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina", en *Revista Estudos Feministas*, vol.11, n. 2.

Cabral, Mauro y **Benzur**, Gabriel (2005) "Cuando digo intersex. Um diálogo introductorio a la intersexualidad", en *Cadernos Pagu, Núcleo de Estudos de Gênero - PAGU/Unicamp*, n. 24.

Corrêa, Mariza (2004) "Fantasias Corporais", en **Piscitelli**, Adriana; **Gregori**, Maria Filomena; **Carrara**, Sérgio. *Sexualidade e Saberes: convenções e fronteiras*. Garamond. Rio de Janeiro.

Corrêa, Mariza (2006) *Relatório parcial do Projeto Temático Gênero, corporalidades, Pagu/Fapesp*. Campinas. Mimeo.

Fausto-Sterling, Anne (2000) *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books. New York.

Leite jr., Jorge (2005) *Das maravilhas e prodígios sexuais: a pornografia "bizarra" como entretenimento*. Fapesp/Annablume. São Paulo.

Machado, Paula Sandrine (2005a) "'Quimeras' da ciência: estudo antropológico sobre as representações de profissionais de saúde acionadas em casos de genitália ambígua", en *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20, n. 50.

Machado, Paula Sandrine (2005b) "O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural", en *Cardernos Pagu, Núcleo de Estudos de Gênero - PAGU/Unicamp*, n. 24.

En Internet (todas las fuentes fueron confirmadas en diciembre de 2007):

- LA NACIÓN:

http://www.lanacion.com.ar/Archivo/nota.asp?nota_id=927633

- REVISTA ÉPOCA:

<<http://epoca.globo.com/edic/19980907/socied2.htm>>

- REVISTA ISTOÉ:

<<http://www.terra.com.br/istoe/comport/139214.htm>>

- LA REPUBLICA:

<http://www.larepublica.com.uy/lr3/larepublica/2000/09/22/deportes/22825/australiana-acusa-a-brasilena-de-ser-hombre/>>

-REVISTA_TRIP:

<<http://revistatrip.uol.com.br//redirect.php?link=http://www.trip.com.br/51/edina/home.htm>>

- BLOG MAURO CABRAL:

<<http://nadaqueelegir.wordpress.com/>>

- NOTA explicativa sobre recomendaciones referentes a la reasignación de sexo y los deportes de la COMISIÓN MÉDICA DEL COMITÉ OLÍMPICO INTERNACIONAL:

<http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_904.pdf>

- NOTA de la COMISIÓN MÉDICA DEL COMITÉ OLÍMPICO INTERNACIONAL estableciendo condiciones para que las personas que "cambiaron de sexo" puedan competir en deportes:

<http://www.olympic.org/uk/organisation/commissions/medical/full_story_uk.asp?id=841>

- Prueba de feminidad en la WIKIPEDIA:

<http://en.wikipedia.org/wiki/Gender_verification_in_sports>

- COMUNICADO de la ASOCIACIÓN CANADIENSE DE MEDICINA DEPORTIVA sobre la prueba de feminidad:

<www.casm-acms.org/forms/statements/GendereVerifEng.pdf>

Acerca de la autora:

Es doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad Estatal de Campinas - Unicamp (Brasil), y magister en Antropología social por la Universidad de San Pablo (Brasil). En su maestría estudió las relaciones entre el movimiento GLBT y el mercado llamado GLS (orientado hacia gays, lesbianas y simpatizantes) en San Pablo. En su doctorado investiga relaciones entre consumo y sexualidad en la producción de subjetividades, estilos y categorías relacionadas con la homosexualidad. Durante los últimos años ha participado también en el movimiento por los derechos sexuales en San Pablo.

Contacto: isadora.lins@uol.com.br



La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes

Luciana Lavigne

*No importa en qué categorías queremos poner a la gente,
siempre hay una gran variabilidad, tanto cultural como biológica
dentro de esas categorías, por qué no admitir
que las cosas son más complicadas.
Anne Fausto-Sterling¹*

El presente artículo es una propuesta de reflexión acerca de la regulación biomédica de la intersexualidad de niñas y niños recién nacidos y durante sus primeros años de vida, en la Ciudad de Buenos Aires.² Es también un intento por reconocer las representaciones socioculturales dominantes sobre la intersexualidad que atraviesan los abordajes e intervenciones socio médicos contemporáneos. Al considerar las representaciones médicas, nos referimos al conjunto de categorizaciones y prescripciones que definen las prácticas profesionales, incluyendo formas teóricas y técnicas específicas, y formaciones interpretativo-valorativas de carácter sociocultural, que se expresan en los criterios de definición, diagnóstico, clasificación, tratamiento y prevención, entre otros.³

En nuestro tratamiento del tema el acento ha sido puesto del lado de quienes ejercen el poder de decisión, intervienen sobre los cuerpos intersex y producen conocimiento visible, público y hegemónico sobre la temática.

1 <http://www.zmag.org/zmag/articles/march2000bronski.htm>[0]

2 Este artículo retoma nuestra Tesis de Licenciatura en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 2006. El trabajo de campo fue realizado fundamentalmente entrevistando a profesionales de los hospitales públicos de niños de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se focalizó en diversos agentes de la salud y otras voces relevantes de la sociedad que se encuentra vinculados por profesión o activismo a la intersexualidad.

3 Grimberg, Margulies y Wallace (1993), p 109.

Es importante señalar que ha sido la ciencia médica –a partir de procesos históricos de *medicalización*– la disciplina que ha creado los discursos hegemónicos sobre intersexualidad, produciendo un *corpus* de saberes particulares y de intervenciones específicas desde su perspectiva disciplinar.⁴ Problematicamos los discursos y prácticas médicas hegemónicas sobre los cuerpos intersex y, en definitiva, sobre sus experiencias, entendiendo por modelo médico hegemónico al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica, que culminaron identificándose como la *única* forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el propio Estado.⁵ En este contexto, consideramos la perspectiva de médicos y médicas en tanto actores sociales en ejercicio de ese poder hegemónico, que regula los cuerpos y construye los problemas que deben ser considerados como tales. Médicos y médicas, sin embargo, no constituyen una comunidad uniforme y homogénea.

Para comprender este proceso de abordaje contemporáneo de la intersexualidad retomamos el pensamiento de Foucault, cuyo método genealógico posibilitó reconocer el modo en el que el poder fluye socialmente a través de discursos y prácticas, convirtiendo cierto conocimiento en hegemónico en un momento histórico dado, pero que también posibilitó reconocer la resistencia a ese dominio.⁶ Este poder, que en el abordaje de la intersexualidad se circunscribió a la institución médica, actualmente está siendo cuestionado por diferentes grupos sociales y comunidades desde diversos lugares del mundo, siendo el movimiento intersex uno de los fundamentales promotores de estos cuestionamientos. Como consecuencia, se están generando algunas transformaciones, aler-

4 Este proceso de medicalización significó disponer el marco y la perspectiva médica respecto de un fenómeno como la autoridad y la visión hegemónica (Conrad, 1982). "Esto es lo que ocurrió con la medicalización de la intersexualidad: los médicos obtienen el monopolio del conocimiento y tratamiento vinculado con la disfunción del cuerpo físico, en nuestro caso particular interviniendo sobre los cuerpos de los intersex" (Lavigne, 2006). En un trabajo anterior (2006) profundizamos el análisis de este proceso mencionado.

5 Este proceso se inicia en fines del siglo XVIII (Menéndez, 1996).

6 Según el autor, utilizar los conocimientos *subyugados* permitiría deconstruir el discurso dominante y de esta manera revelar sus limitaciones y suposiciones ocultas. En este sentido, si algún conocimiento se torna dominante, como ha ocurrido con el producido por la biomedicina, se torna "la verdad", pero será cuestionado, podrá ser desplazado y reemplazado por otros discursos (Foucault, 1985). Este es el proceso que sucede actualmente a partir de las demandas y disputas promovidas por los movimientos intersex y otros actores sociales referentes críticos del tratamiento biomédico de la intersexualidad que ocurre en diversos países, incluyendo Argentina.

tas, denuncias, replanteos e investigaciones desde diferentes disciplinas y desde el activismo, que promueven un proceso de cambio en las prácticas de intervención médica. Estos cambios, sin embargo, sólo suceden de modo gradual y seguramente repercutirán en los abordajes de diversos procesos de construcción de las identidades sexuales.⁷

Como correlato de estos procesos histórico-culturales mencionados se fueron construyendo discursos e impartiendo prácticas normalizadoras biomédicas sobre esos cuerpos llamados “intersex”, involucrándose en estos procesos de intervención un entramado de concepciones y representaciones acerca del cuerpo, el sexo, el género y la sexualidad. Estas concepciones y representaciones responden a un marco más amplio que implica el interés del Estado y del sistema legal por mantener el sistema sexual bipartito que posibilita determinadas existencias clasificadas y catalogadas como normales, excluyendo toda existencia ambigua o no clasificable en este modelo de sexo binario, que exige desde el nacimiento mismo una identidad genérica masculina o femenina, definida e inmutable.⁸

Queremos asimismo introducir el concepto de *visibilización* como significativo para el análisis que aquí proponemos, en la medida en que la intersexualidad involucra procesos mutuamente interdependientes de *visibilidad* / *invisibilidad*.⁹ En este punto, siguiendo a Bourdieu, cabe considerar las representaciones, individuales o colectivas, que hacen ver y valer ciertas realidades y el intento de transformar las categorías de percepción y apreciación del mundo social, que tienen lugar en las luchas simbólicas por la percepción de ese mundo.¹⁰ Así, la invisibilización es producto de ciertos mecanismos socioculturales que silencian y omiten a de-

7 No se profundiza en el presente artículo en los movimientos y perspectivas específicas que han cuestionado y disputado, en Argentina, los discursos y prácticas hegemónicas de la biomedicina de intervención en los casos intersex, pero destaco su importancia en el escenario de luchas, disputas y demandas en torno al paradigma de atención dominante.

8 Cabral y Maffia (2003) han mostrado cómo intervienen las lecturas ideológicas en la presunta dicotomía del sexo anatómico, exponiendo con precisión la existencia de una ideología de género que culmina disciplinando todos aquellos cuerpos que no se adaptan a las interpretaciones que de ellos se espera realizar.

9 Entiendo que el proceso de mi investigación fue paralelo a un proceso de *visibilización* de la problemática de la intersexualidad a nivel sociocultural en nuestro país y, especialmente, en la Ciudad de Buenos Aires. Este proceso, que tomó ímpetu en los últimos años, se fue colocando en diferentes agendas políticas y públicas

10 Bourdieu (1984).

terminados grupos o cuestiones sociales, en un lugar y momento histórico en particular. Habitualmente, estos procesos de invisibilización a los que aludimos involucran relaciones de dominación y subordinación y, por supuesto, luchas políticas por resignificar las maneras de percibir, apreciar, clasificar e intervenir. Esta caracterización posibilita la comprensión de los mecanismos históricos que facilitaron el desconocimiento de las experiencias medicalizadas de la intersexualidad, a partir de las cuales diversas instituciones socioculturales gestionan y regulan los cuerpos, la sexualidad y las identidades posibles.

En este trabajo nos proponemos *visibilizar* y problematizar algunas de las estrategias de intervención contemporáneas de normalización de la intersexualidad, producto de determinadas concepciones ideológicas, relaciones sociales y de poder y de la biotecnología a disposición.¹¹ A continuación, se explicitan y analizan algunas de las representaciones socioculturales dominantes que conforman estos discursos y prácticas biomédicas al momento de intervenir y regular la intersexualidad. Propondremos, finalmente, algunas reflexiones acerca de este proceso problematizado respecto a cómo se ponen en práctica los mecanismos socioculturales que contribuyen con la *invisibilización* y, simultáneamente, producen la regulación de la corporalidad de las y los intersex.

Visibilizando procesos de regulación de los cuerpos intersex

En medicina, al hablar de normalización se alude al reconocimiento de una media, considerada como parámetro para predicar la anormalidad de todo aquello que se distancie de ella¹². Es esta prerrogativa la que define, entre otras, la necesidad de intervenir

11 "Este proceso de normalización implica delimitar, rearmar, producir y en definitiva, empujarlos cuerpos hacia los parámetros de la normatividad con el fin no sólo de hacer inteligibles culturalmente sus formas corporales y sus correlatos identitarios sexuales, sino de reproducir un orden social y político, que como afirma Cabral, 'obliga a las personas apagar con sus cuerpos el acceso a derechos humanos y civiles'" (Cabral, 2004) Lavigne, (2006).

12 Según Canguilhem, la norma "es portadora de una pretensión de poder. No es simplemente, y ni siquiera, un principio de inteligibilidad; es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder. (...) La norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario, siempre está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo" Foucault (citando a Canguilhem), (2001), p 57.

en los casos en los cuales existen genitales que son considerados ambiguos o que por su forma se encuentran alejados de lo que es considerado normal. Es decir, las intervenciones normalizadoras no se realizan porque implican un riesgo para la vida, sino que se considera que conllevan dificultades para el desarrollo de una vida plena, “normal”. Bajo este supuesto, Money¹³ sostiene que existen estigmatizaciones cuando no se normaliza lo que este médico entiende como “defectos de nacimiento”¹⁴. Conrad y Schneider refieren a la noción de estigmatización producida por aquellas designaciones de atributos desacreditadores entre actores sociales, atravesados por relaciones de poder, generadas y elaboradas en un medio social específico, constituyendo una cuestión política.¹⁵ Tal es lo que ocurre con las representaciones biomédicas sobre la intersexualidad, en tanto que sostienen la anormalidad de la corporeidad de los y las “pacientes intersex”, estos son constituidos como portadores del estigma.

Las intervenciones quirúrgicas normalizadoras –sustento biotecnológico del proceso de *medicalización* de la intersexualidad–, se han convertido en una práctica esencial de su regulación contemporánea. Y como tales constituyen una de las prácticas concretas involucradas en la concepción de la intersexualidad como “urgencia médica”.

Al respecto, médicos entrevistados se han referido de la siguiente manera:

No es una urgencia de vida, ni una urgencia en la cual se juega el porvenir del paciente, es una urgencia justamente para evitar todas las implicancias psicológicas que trae aparejado un intersexo.

Además es una urgencia en sí mismo, por lo que hablaba-

13 El médico y psicólogo John Money comienza en la década de los '50, junto a John y Joan Hampson, la investigación y estudio exhaustivo de los intersexuales en la Johns Hopkins Medical Centre, de Baltimore, EEUU, convirtiéndose en la primera clínica especializada en el tratamiento de bebés intersexuales. Con anterioridad estos trabajos no existía un protocolo establecido para atender a los casos de pacientes intersexuales. La introducción de los términos identidad y rol de género fue obra de Money. La palabra género aparece por primera vez con los estudios sobre hermafroditismo y transexualidad, llevados a cabo por Money (1969) y Stoller (1968). En 1972, John Money y Anke Ehrhardt popularizan la idea de que el sexo y el género son categorías separadas.

14 Money (2002).

15 Conrad y Schneider (1985).

mos antes, por el tema de la asignación del sexo y para no perder tiempo y no perder tiempo en el diagnóstico porque nosotros tenemos detrás una familia y la familia estará pendiente de si el chico es varón o mujer. No se puede estar mucho tiempo dando vueltas, a veces puede darse la particularidad que el diagnóstico es difícil y lleva tiempo, hay veces que lleva más de un mes en algunos casos, eso ya estamos hablando de un tiempo prolongado donde el papá y la mamá tienen un chico y no se sabe todavía qué sexo tendrá, el bebé, hay que ponerle nombre, de modo que esto se transforma en una urgencia.

Ahora bien, es preciso profundizar en los debates acerca “urgencia médica”. La definición de un sexo u otro es una necesidad cultural designada con mucha relevancia y, según algunas autoras, es la que determina el carácter de “urgencia médica” que adquiere la intersexualidad en algunos casos, sobre todo en aquellas situaciones en las que el/la paciente presenta genitales considerados ambiguos.¹⁶ Autoras como Suzanne Kessler y Anne Fausto Sterling cuestionan esta representación de la “urgencia médica” indagando en qué es lo que verdaderamente implica. Este enunciado conlleva variables culturales que es preciso identificar para comprender los parámetros involucrados en los procesos de toma de decisiones. La “urgencia médica” se vincula directamente con el tiempo contemplado como tolerable para poder definir la situación, tiempos que, como reconoce un médico entrevistado, sean “aceptables por la familia, la sociedad o el registro civil”. Este período es construido por la fuerza de las representaciones, por las normativas que regulan los plazos de inscripción de un/a recién nacido/a en el registro civil, por aquel que nuestra sociedad es capaz de asumir sin demasiado ruido, si no interpela más de lo tolerable la norma por la cual un/a bebé se convierte en ciudadano/a: constituirse como un sujeto femenino o masculino. A la institución médica se le otorgan ciertos plazos para cumplimentar con ello y se suma también la tolerancia de la familia de aceptar que no hay una definición precisa acerca de este aspecto de la identidad del o de la bebé.

Actualmente existen algunos cambios en los paradigmas atencionales en los casos intersex, en tanto que esto se expresa en las

16 Kessler (2002), Fausto Sterling (2000).

prácticas y las reflexiones de los propios médicos y médicas que manifiestan dilemas, temores y contradicciones a los que se enfrentan.

Así se manifiestan en el siguiente relato de uno de los médicos entrevistados:

Entonces la otra postura sería dejarlo tal cual está, no asignarle ningún sexo, no anotarlo como nada, ningún sexo, cosa que es muy difícil, no se puede hacer y que decida el paciente por sí mismo cuando tenga conciencia de eso. (...) que es lo que genera muchos problemas de conciencia entre nosotros porque no sabemos si estamos haciendo realmente lo correcto, pero tampoco sabemos cuáles son las consecuencias de indefinir el sexo durante tanto tiempo desde el punto de vista civil (...) A mi, viste, dejar un chico sin ninguna definición me cuesta. (...) todas las decisiones están llenas de prejuicios, están llenas de presupuestos, tiene que ver con nuestras propias ideas acerca de la sexualidad, más que lo que realmente pase. Pero en realidad nuestra sociedad es igual, entonces uno no sabe qué es lo que va a pasar con esos pacientes si van a una escuela primaria y no sabemos si son varones o mujeres, ¿te das cuenta lo que digo? Es complicado. Yo tengo un montón de preguntas como vos.

Necesariamente estas transformaciones *visibilizan* a otras áreas de la cultura y de la sociedad que se encuentran directamente implicadas. En definitiva lo que está en cuestión es promover la aceptación de un género sin la adaptación anatómica correspondiente, situación que implicaría la erosión de nuestras representaciones hegemónicas que imponen la construcción de cuerpos “normales”, haciendo visibles y posibles los deseos y experiencias de variaciones de la corporeidad, como ocurre con algunos y algunas intersex.

Sin embargo, en el marco de la perspectiva normalizadora que actualmente determina el carácter de intervención sobre los cuerpos “anormales”, “raros” o “ininteligibles”, surge la cuestión de la apariencia de los genitales considerados ambiguos. Aquí, tanto la forma como el tamaño¹⁷ del clítoris y del pene¹⁸ son considera-

17 Kessler (1998) afirma que esta clasificación define que el tamaño de un pene deber ser de unos 2,5 cm de largo y un clítoris normal es de 0 a 0,9 cm, en consecuencia, un falo mayor es considerado demasiado grande e inaceptable en relación con los estándares occidentales. Por lo tanto, todo clítoris que exceda estas proporciones deber ser retraído, recortado, mutilado.

18 “centímetro”: “Como resultado de esta política del centímetro, en ausencia de un pene bien

ciones que se realizan en la asignación sexual y las intervenciones quirúrgicas.¹⁹ Un médico entrevistado reconoció la vigencia de estas representaciones en torno de los genitales que operan en estas intervenciones:

Nosotros pensamos en la asignación del sexo de una persona no pensando en si identidad de género en realidad, sino en el tamaño de su falo, ¿esto qué es? Estamos presumiendo que esa persona va a tener relaciones heterosexuales, o sea, va a ser heterosexual, ¿entendés el razonamiento? Nosotros decimos, bueno, este varón tiene un pito muy chiquito, es un pito no funcional, entonces hay que tratar de hacerlo funcional ¿por qué? Si por ahí la elección de su, de su objeto sexual el día de mañana es distinta a la heterosexual y su falo por ahí no lo precisa para tener relaciones sexuales placenteras. Sin embargo, nosotros decidimos basarnos muchas veces en ese pensamiento.

La genitalidad considerada “normal”, en cuanto a los criterios de forma y tamaño, se encabalga con el modo en que se producen las decisiones. Se trata de la presunción de heterosexualidad de los niños y niñas intervenidos. Este criterio vigente –de la *heterosexualidad obligatoria*– es reconocido en el anterior testimonio, como una de las variables que rigen la manera de orientar la normalización corporal, en este caso de los genitales, como una de las representaciones que a su vez participa del proceso de construcción sociocultural de la identidad de género. Es decir, la presencia de la concepción de que todo varón tendrá relaciones sexuales heterosexuales de penetración de una vagina, así como la afirmación complementaria de que toda mujer mantendrá con el hombre una sexualidad penetrativa de su vagina. Es esta representación la que se encuentra presente de algún modo en los objetivos de las intervenciones quirúrgicas, esto es: “fabricar” una vagina que pueda ser penetrada por un pene que tenga un tamaño que permita garantizar esta instancia de penetración de la misma.

formado y del tamaño mínimo exigible, la mayor parte de los bebés intersexuales XX o XY son asignados al género femenino”. Preciado (2002), p 115.

19 La referencia a las mismas en plural responde a la práctica habitual de realizar sucesivas operaciones que forman parte del procedimiento de normalización genital.

El imperativo heterosexual orienta las intervenciones quirúrgicas, en la medida que las técnicas desarrolladas definen un sentido preciso para el cuerpo en función de las ideas que se tienen respecto de cómo será utilizado ese cuerpo, concretamente, determinando las relaciones sexuales posibles, que responden a un patrón sociocultural de penetración. Este criterio responde a lo que Judith Butler llamó “matriz heterosexual”, es decir, “la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos”.²⁰ Cabe aclarar también que las intervenciones quirúrgicas que se realizan con el objetivo de normalizar los genitales, habitualmente implican una serie de operaciones, es decir, que no hablamos de una intervención única, sino de una sucesión de cirugías llamadas “correctivas” que implican la reiteración de la intervención sobre el cuerpo a lo largo de la vida de la persona.

Frente a estos criterios que estimulan las prácticas biomédicas surge un nudo problemático que es preciso analizar: las intervenciones normalizadoras se encuentran determinadas por la biotecnología a disposición. Esto significa en la práctica concreta, admitir que “es más sencillo hacer una vagina que un pene” (de acuerdo al testimonio de un médico entrevistado), y como consecuencia de ello normalmente los individuos intersex son normalizados como *femeninos*. En esta instancia, nuevamente se encuentran operando representaciones que hacen a las relaciones sexuales consideradas normales, es decir, básicamente heterosexuales, penetrativas y vinculadas a la reproducción.

Consideremos ahora algunos de los criterios vigentes que determinan las razones explicitadas para concretar las intervenciones quirúrgicas. Entre los argumentos analizados, algunos médicos y médicas generalmente aducen “razones humanitarias”, con la excepción de aquellos casos específicos –como la hiperplasia suprarrenal congénita con pérdida salina– donde existe riesgo de muerte. Estas intervenciones están orientadas por una concepción de la corrección de lo desviado. Ahora bien, la cuestión de la información, del conocimiento, es un tema sumamente sensible en los casos de intersexualidad, dado que existen algunos/as pacientes y sus familias que no conocen su historia clínica completa. Esta forma de pro-

20 Butler (2001), p 38.

ceder por parte de los y las profesionales de la medicina se asocia con la concepción, también médica, de que sólo es necesario brindar “determinada” información tanto a los familiares, conocidos a los y las pacientes mismos. Para profundizar sobre esta cuestión es imprescindible mencionar que existe el ocultamiento de información al paciente, sobre todo en determinados casos en los que se considera que la misma no tiene utilidad.

De acuerdo a dos testimonios médicos:

En algunos casos es conveniente decirle algunas cosas y en otros no, porque sería peor la información que la solución, lo que se debe informar se informa.

Cuando hay una asignación de sexo distinta a la del sexo genotípico, en general no se le da ninguna información al/la paciente. Esto se vincula directamente con la variable presente en toda intervención médica que implica el consentimiento informado.

Cuando los padres o responsables asumen la responsabilidad por el niño o niña, lo hacen también en función del conocimiento que tienen, de la confianza depositada socialmente en el saber médico que predomina en hospitales públicos de la Ciudad. En este dilema se hallan muchas veces los familiares de los y las pacientes, que son quienes autorizan en última instancia las intervenciones médicas cuando se trata de menores de edad.

Si llega a haber alguna cosa que uno pudiera pensar que va a traer conflictos en el futuro se les..., no se les da esa información, consuetudinariamente no se les da. Bueno, hay cosas que no son necesarias (testimonio médico).

Queda expresamente admitido el hecho de que existe cierta información que “consuetudinariamente” no se da, informaciones acerca de las cuales se predica que no resultan necesarias.

Una vez que se realiza el diagnóstico de ambigüedad genital, existe una estrategia habitualmente utilizada que consiste en reconocer las implicancias del lenguaje, es decir, cómo se nombra a los y las pacientes. La estrategia discursiva busca nombrar sin determinar ni fijar identidad y promueve referirse al paciente como “el bebé”, sin definir si es varón o mujer. Otra de las estrategias admitidas también vinculada con la capacidad instituyente del len-

guaje, y que responde al proceso posterior, una vez diagnosticado el tipo de intersexualidad, es sugerir el uso de nombres ambiguos. Estas situaciones fueron explicitadas por médicos y médicas entrevistados de las siguientes maneras:

Entonces lo que se hace, cuando viene un chico con una ambigüedad genital, es no decirle a la mamá su beba o su bebé, se les dicen el bebé, qué se yo, pero ni la nena ni el nene, por más que el aspecto sea casi de nena o casi de nene.

Y va a poder, si es hábil, demorarle la información al padre sin jugarse, hablando de la criatura, el bebé, sin asignarle un sexo, o diciendo de que aparentemente, pero que hay un problemita, que hay que llamar a un genetista.

Y se hablaba mucho que en más de una oportunidad se recurría a los nombres ambiguos, como Renée, José María, María José, era muchas veces motivado por estas cosas.

La participación de los Comités de Bioética, en tanto instancia de deliberación en estos casos fue estimada de modo diferente por los diferentes médicos/as entrevistados. En algunos casos les otorgaron más responsabilidad y poder de participación en la toma de decisiones acerca del modo de intervención, afirmando que participan en situaciones especiales, pero en otros casos reconocieron que finalmente no es allí donde se toman las decisiones cotidianas, sino que éstas son definidas, habitualmente, de manera directa por los y las especialistas que participan del caso. Las lógicas diferentes que tienen dichos especialistas, así como la ausencia de normativas, promueven la toma de decisiones discrecionales de los médicos y médicas, dejando en manos de su perspectiva, junto a un equipo de profesionales, los modos en que se asume la atención, la intervención misma y en consecuencia, el tipo de resultados buscados o producidos.

La problemática del conocimiento médico acerca de las consecuencias de sus propias intervenciones tiene una particular importancia en los casos de intersexualidad. Esto se revela, fundamentalmente, a partir de los planteos y reclamos realizados por los y las activistas del movimiento intersex, como un actor social central que expresó la disconformidad de las personas intersex con las intervenciones que fueron realizadas sobre sus cuerpos. También

identificamos este conflicto a partir de las entrevistas en las que se afirma que no hay una profunda y seria evaluación acerca de los resultados que deberían ser considerados a la hora de promover una modificación de los procedimientos contemporáneos. Es decir, médicos y médicas asumen que no existe el seguimiento clínico de estos casos luego de realizadas las intervenciones. Muchas veces los mismos profesionales pierden a sus pacientes que dejan de asistir al servicio hospitalario por diversas razones. De acuerdo a dos testimonios,

Y el hospital nuestro es un hospital de gente muy pobre, entonces los seguimientos son muy difíciles, muy difíciles. Tenemos pacientes que los tenemos seguidos hasta los 13, 14, 15 años, pero no sabemos qué es lo que pasa después.

La otra es que si el mismo caso le llega al especialista cuando tiene una semana de vida es una cosa, si le llega cuando tiene dos meses de vida es otra y si le llega a los cinco años es otra. El paciente que vive acá en la capital por lo general tiene todo muy sencillo y resuelve precozmente y dentro de las mejores posibilidades, pero si uno de estos chiquitos tiene un parto domiciliario en un ranchito en Santiago del Estero, quien sabe se dan cuenta después de que jugó cinco años con muñecas de que es un varoncito, entonces, es muy variable la manera de enfocar el tema de acuerdo a la edad del chico y de acuerdo a su entorno y su inserción en el medio ambiente previo a este. Muchas veces uno no puede decidir libremente inducido por la influencia del medioambiente sobre ese paciente al cual se le acreditó un sexo que no es el correcto. (...) en la capital, en un parto hecho en un sanatorio, normalmente un neonatólogo lo va a ver y va a poder equivocarse o no, pero por ahí va a poder tener la habilidad y la alarma necesaria y va a decir, ¡uy! esto hay algo que no entiendo, llamo a alguien más, antes de definirse.

En los anteriores testimonios se reconocen las siguientes cuestiones: diferencias por clases sociales que inciden en la atención médica, el acceso (o no) a centros de salud y las garantías para el seguimiento en cada caso. También son considerados aspectos vinculados a la atención pública y privada de la salud que deter-

minan en parte la continuidad en los tratamientos. El hecho es que los hospitales públicos de niños de la Ciudad de Buenos Aires, según han enfatizado las y los entrevistados, reciben a ciudadanos/as generalmente de bajos recursos económicos.²¹ Ésta condición socioeconómica los y las convierte en pacientes con otras debilidades en el proceso de atención médica de la intersexualidad, porque en la mayoría de los casos discontinúan los tratamientos. Esta situación mencionada fue explorada en función de las consecuencias de las intervenciones y considerando hechos tales como la posibilidad de una experiencia sexual plena, que incluye la capacidad orgásmica. En el siguiente testimonio de un médico encontramos estas diversas dimensiones problematizadas:

Una de las cosas más difíciles de estas operaciones es que vos prácticamente llegás a buenos resultados en la infancia, vos tendrías que tener un seguimiento de muchos años para ver qué es lo que pasa con estos pacientes a futuro (...). Es decir, nosotros estamos contentos con nuestros resultados cosméticos en la primera infancia, pero no sabemos qué es lo que pasa después. Digamos, esto es lo que pasa con la mayoría de los centros y cuando vos leés los resultados en la genitoplastia feminizante normalmente se ven con el mismo tipo de problema, los pacientes se pierden el seguimiento y después es muy difícil de saber cómo son las relaciones sexuales de estos pacientes (...) Encima los adolescentes son muy complicados, porque dejan de venir al médico, entonces todo lo que hacés en el momento de la adolescencia se pone en riesgo. Y eso afectaría también.

Al mismo tiempo, tampoco existe una organización de la estructura atencional para garantizar el tránsito por médicos y médicas especializados en intersexualidad para asesorar y asistir a personas de todas las edades, a lo que se suma la falta de formación especializada para garantizar seguimiento en todas las edades.²²

21 A diferencia de los sectores con mayores recursos económicos quienes asisten a centros de medicina privada.

22 Incluso en la misma guía de Money, asumida como una forma de producir asesoramiento, se reconoce que: "Hasta los profesionales están mal equipados para enfrentar este dilema. Los libros de texto de endocrinología y ginecología contienen todos los detalles técnicos. Pero los médicos no están entrenados para atender a gente con estas condiciones. Por otra parte, los psicólogos y consejeros carecen casi por completo de la comprensión de los aspectos fisiológicos de esta condición sexual!" Gooren, citado en Money (2002), p 12.

Nuevamente debemos considerar la baja estadística –enfaticada por los y las profesionales de la medicina.

Según un médico entrevistado, este aspecto cuantitativo produce un conocimiento super-especializado en las y los profesionales que se forman para atender estos casos, al mismo tiempo que define que determinados lugares de atención de la salud se constituyan como los centros especializados. Estas condiciones abonan el hecho de que la intersexualidad constituye una problemática *invisibilizada* socioculturalmente sobre la cual existe poco conocimiento y, consecuentemente, poca reflexión. En este punto lo que se encuentra operando es la “lógica de la representatividad”²³ a la que puede atribuirse un rol importante al momento de determinar su *invisibilización*, es decir, la lógica que tiende a promover el conocimiento de los fenómenos que ocurren con cierta frecuencia y a ocultar existencias que escapan a la media. Es decir que una razón que podría estar estimulando la ausencia de esta discusión es la considerada baja ocurrencia explicitada por las y los médicos, según las estadísticas de este tipo de nacimientos.²⁴

Ante la pregunta por las causas del desconocimiento social de esta problemática los médicos entrevistados reconocen las siguientes razones: “son casos muy infrecuentes”, “es un tema muy raro, la gente no entiende muy bien qué hacer”, “no creo que sea un problema de salud pública”, “es un tema muy privado, muy guardado”. Es interesante considerar que se reconoce que existen cuestiones que pertenecen al orden de “lo privado” y que, por tanto, difícilmente se conviertan en cosas públicamente conocidas.

Podemos reflexionar al respecto que una operación de los genitales constituye un hecho a ser “muy guardado”, situación que nos permite pensar en el ocultamiento mismo. Estas valoraciones se encuentran determinadas por las representaciones socioculturales acerca de determinadas zonas del cuerpo que pueden ser públicamente más visibles, nombrables.²⁵ Respecto de los genitales puede notarse que socioculturalmente siempre quedan ubicados

23 Fisher Pfaeffle (2003).

24 De acuerdo a distintos cálculos, oscilarían entre 1:2500 y 1:3.500.

25 Recordemos las imágenes del cuerpo humano presentes en láminas utilizadas en contextos educativos, en las cuales el cuerpo ilustrado con sus órganos interiores lleva la marca de la cultura, no sólo en el modo de la representación corporal, sino también por la presencia de la ropa interior que cubre la zona de los genitales.

en el orden de lo privado, de lo íntimo, de lo que es necesario cubrir, ocultar, guardar para ser mostrado sólo en circunstancias particulares.²⁶

Pero el desconocimiento tiene que ver con la baja frecuencia, básicamente. Y después es un tema muy raro, la gente no entiende muy bien qué hacer. (...) Honestamente no creo que sea un problema de salud pública, pasa que son casos muy aislados que sí eventualmente requerirían que toda nuestra sociedad esté más abierta respecto del tema de la sexualidad, en esto específicamente. O sea, nosotros acá tenemos una sociedad que tanto como es abierta sigue siendo muy conservadora respecto de esto. (...) Y en general lo que yo veo cuando estos chicos están operados, también es un tema tabú para ellos y difícilmente lo comunican fuera de su familia. (...) si se opera los genitales no se va a decir. Es un tema muy privado, muy guardado. Entonces no siendo un tema de salud pública y siendo un tema tan específico no sé si la población en general debería estar informada de esto, la verdad es que no sé si es un tema prioritario, hay tantas otras cosas para resolver antes. Es más anecdótico que otra cosa. (testimonio de un médico entrevistado).

Sin embargo, al analizar algunos entramados de las lógicas de intervención contemporáneas, se evidencia que las intervenciones se vuelven necesarias porque la ambigüedad no tiene representación identitaria sexual en el marco sociocultural.

Podemos dimensionar así de qué modos esta dificultad desafía a consideraciones del orden de “lo humanitario” al considerar las intervenciones –las que, como hemos visto, son fundamentadas con el fin de evitar el sufrimiento que puede ocasionar la diferencia, además de ser entendidas como una cuestión terapéutica.

26 Sin embargo, nuestra investigación dio cuenta de que esta máxima de la ausencia de conocimiento social está siendo modificada ya desde hace unos años en nuestra ciudad, en tanto que está adoptando *visibilidad* pública en diversos medios de comunicación, así como en otros espacios de formación y divulgación científica.

Reflexiones para seguir visibilizando

Aunque existe un modelo hegemónico, existen otras voces que expresan la “producción, apropiación, reelaboración, impugnación, e innovación o transformación”²⁷ de las representaciones y las prácticas. Existe cierta influencia del actual proceso de cuestionamiento, interpelación, denuncia, demandas y propuestas concretas para viabilizar otros modos de abordaje, tanto en el ámbito de la biomedicina como en otros sectores de la sociedad. Los movimientos intersex y de derechos humanos han interpelado y resquebrajado las concepciones del paradigma dominante.

Algunos médicos y médicas reconocen la existencia de otras estrategias de abordaje de la intersexualidad, las conocen y se encuentran analizando sus implicancias, aunque no estén exentos de resistencias, contradicciones y dilemas. Una cuestión que surge de este debate consiste en la consideración de las condiciones socio-culturales existentes, que son las que posibilitarían la incorporación de otro tipo de prácticas, dado que estas perspectivas necesariamente suponen transformaciones en la sociedad en general. Sostenemos aquí que el dilema pertenece al ámbito de la cultura, más allá de los médicos y médicas, que conforman la institución que, hasta el momento, hegemoniza las decisiones y las intervenciones.

Es significativo notar este aspecto al momento de intentar comprender los procesos de abordaje de la intersexualidad en la actualidad, es decir, es la sociedad en su conjunto, con sus construcciones simbólicas –sus representaciones, discursos y prácticas- la que se encuentra involucrada. No se trata de situar la problemática de la intersexualidad únicamente en la órbita de la intervención médica, sino justamente, de producir el deslizamiento que posibilita desnaturalizar las relaciones sociales de poder existentes en las lógicas de intervención en estos casos, que responden a los principios fundamentales de la *medicalización* y a su vez, involucran representaciones sobre el cuerpo, el sexo, el género y la sexualidad.

La reflexión, por lo tanto, implica reconocer críticamente los discursos y prácticas socioculturales que expresan cómo cada cultura construye, reproduce, disputa y resignifica las representaciones y los significados posibles.

27 Grimberg (1995), p 45.

En este sentido, la intersexualidad permite comprender la forma en que las representaciones de la corporeidad definen los abordajes socioculturales posibles en un momento histórico preciso; cómo las representaciones socioculturales disponen las construcciones del conocimiento desde la biología y la medicina –disciplinas socio– culturalmente construidas que se modifican a lo largo de la historia. Estas producciones de conocimiento se encuentran atravesadas por relaciones de poder, demandas y negociaciones por las representaciones que se sostendrán como las dominantes y los significados que se disputan, discuten y transforman.

Se torna imprescindible la promoción de espacios de discusión y trabajo interdisciplinarios. Los propios médicos y médicas instalan este debate como una necesidad, pero es preciso sumar a otros interlocutores e interlocutoras para garantizar las transformaciones al modelo de atención dominante. No sabemos cómo se sucederán las transformaciones en el campo de la biomedicina que se están gestando, pero reconocemos la influencia activa de sujetos históricos, como los y las intersex, que con sus testimonios y luchas diversas, han generado algunas fracturas necesarias que posibilitan que hoy se desnaturalicen y cuestionen las prácticas que violan la autonomía decisional de los sujetos, así como amplían las categorías que precisamos para representar las variaciones de los estándares y la diversidad.

En el contexto que problematizamos aquí insistimos en que no es casual la *invisibilización* de la intersexualidad, sino que se sustenta en el propio modo de atención médica, en los principios del protocolo médico, en los ordenamientos y clasificaciones histórico-culturales de las identidades sexuales y de regulación de las identidades genéricas. Ahora bien, los procesos de *invisibilización* a los que nos hemos referido han mostrado e interpelado las representaciones involucradas que prescriben permanentemente identidades binarias: varón/mujer, masculino/femenino, normal/anormal, respondiendo a la impronta de la lógica binaria.²⁸

Por eso reconocemos que adentrarnos en la problemática del abordaje contemporáneo de la intersexualidad implica una pro-

28 Dice Laqueur: "En efecto, si el estructuralismo nos ha enseñado algo es que los humanos imponen su sentido de la oposición a un mundo de tonos continuos en la diferencia y similaridad" Laqueur (1990).

funda reflexión acerca de la concepción de las representaciones hegemónicas de los cuerpos en nuestras sociedades occidentales, las relaciones y ejercicios de poder en las que se traducen, así como promover la desnaturalización del pensamiento dualista. Es por ello que asumimos el desafío propuesto por Amalia Fischer Pfaeffle de involucrarnos con una ardua tarea, la de salirse de esta lógica binaria en que se basa este tipo de pensamiento que valoriza el 0 ó el 1, y que deja afuera cualquier valor que se encuentre en ambos.²⁹ Dice la autora: “dentro de esa lógica funciona el mundo occidental en el que vivimos: si se es hombre no se es mujer. Salir de la lógica binaria implica dejar de pensar linealmente, y aceptar la posibilidad de que no existan universales, ni trascendencias, ni identidades fijas, intentar no pensar dicotómicamente, es un reto cotidiano”.³⁰

Esto se torna imprescindible en la medida en que es sobre esta lógica binaria, dicotómica, que la biomedicina produjo su modelo de verdad y conocimiento respecto del cuerpo humano, determinando en gran medida las formas de tratamiento de los casos de personas intersex en la actualidad. También es preciso admitir que involucrarse con la problemática de la regulación biomédica de la intersexualidad, implica comprometerse con un proceso de deconstrucción que transforma nuestros propios modos de conocimiento, buscando la apertura hacia otras formas de significación de los cuerpos y las identidades sexuales.

²⁹ Fischer Pfaeffle (2003).

³⁰ Fischer Pfaeffle (2003), p 11.

Bibliografía

Ben, Pablo (2000) "Muéstrame tus genitales y te diré quién eres", en Omar Acha y Paula Halperin (eds.) *Cuerpos, géneros e identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Ediciones del Signo, Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre (2005) *Cosas Dichas*. Gedisa. España.

Butler, Judith (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós Mexicana, México.

Cabral, Mauro (2003) "Pensar la intersexualidad, hoy", en Maffia, Diana (comp.) *Sexualidades migrantes, género y transgénero*. Feminaria, Buenos Aires.

Cabral, Mauro "De monstruos conjurando: biotecnologías de la identidad", en *Revista Mora* 9/10 (2004) Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Buenos Aires.

Conrad, Peter y **Schneider**, J.W. (1985) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Merrill Publishing Company, Columbus, Ohio.

Fausto-Sterling, Anne (1998) "Los cinco sexos", en Nieto, José Antonio (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, Talasa Ediciones, Madrid.

Fausto-Sterling, Anne (2000) *Sexing the Body*. Ed. Basic Books, Nueva York.

Fischer Pfaeffle, Amalia. (2003) "Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales", en Maffia, Diana (comp.) *Sexualidades migrantes, género y transgénero*. Feminaria, Buenos Aires.

Foucault, Michel (2000) *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Buenos Aires.

Foucault, Michel (1985) *El discurso del poder*. Folios Ediciones. Buenos Aires.

Grimberg, Mabel; **Margulies**, Susana; **Wallace**, Santiago (1993) "Construcción social y Hegemonía. Representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico". En: Kornblit, A. *Simposio Internacional de Sida*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires.

Halperín, Paula y **Acha**, Omar (2000) "Prólogo: Historia de mujeres e historia de género", en Omar Acha y Paula Halperin (comp.) *Cuerpos, géneros e identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Ediciones del Signo, Buenos Aires.

Hausman, Bernice L. (1998) "En busca de la subjetividad: transexualidad,

medicina y tecnologías de género”, en Nieto, José Antonio (comp.) *Transsexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Tallas Ediciones, Madrid.

Kessler, Suzanne (1998) *Lesson from the Intersexed*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey.

Laqueur, Thomas (1990) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra, Madrid.

Lavigne, Luciana. *La intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales hegemónicas*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, Orientación Sociocultural. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 26 de junio de 2006.

Lavigne, Luciana (2006) “Cuerpos monstruosos”, en Matoso, Elina (comp.) *El cuerpo in-cierto*. Ed. Letra Viva - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Menéndez, Eduardo (1996) *Morir de alcohol*. Ediciones de la Casa Chata, México.

Money, John (2002) *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados. Una guía para el asesoramiento de niños, adolescentes y sus familias*. Biblos, Buenos Aires.

Preciado, Beatriz (2002) *Manifiesto contra-sexual. Prácticas subversivas de identidad sexual*. Pensamiento Ópera Prima, Madrid.



La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias

Nuria Grégori Flor

“*Prou disfòria de gènere*”¹ fue la consigna que acompañó una tarde del pasado mes de octubre la “manifestación por la lucha Transexual, Transgénero e Intersexual” en la ciudad de Barcelona. Algunas de las pancartas que sobresalían y que sorprendían a los transeúntes lucían enunciados del tipo: “*Els genitals no fan a la persona*”², “*No necessito tener polla para ser un hombre*” o “*Construye tu género: Destruye el sistema*”. Durante el trayecto no pude evitar que me acompañara cierto malestar, desasosiego y algunas contradicciones en relación a las palabras, todavía recientes en mi memoria, que tan sólo unas horas atrás surgieron en un escenario completamente antagónico. Esa mañana había sido invitada a presentar una ponencia sobre nuevas perspectivas teóricas y discursivas dentro del campo de estudios sobre intersexualidad en la celebración de la reunión anual de un grupo de apoyo de una condición intersexual³. La alusión a “nuevas” perspectivas se refería, más que a aportaciones novedosas u originales, al hecho de ser la primera vez que este grupo de apoyo le dedicaba un espacio de su tiempo y esfuerzos a una presentación que escapara del ámbito estrictamente biomédico. Lo que presenté podría resultar una bomba de relojería para un público acostumbrado a recibir principalmente información médica sobre anatomía y fisiología sexual, sobre funciones hormonales y hormonoterapia, sobre mutaciones genéticas o sobre una extensa

1 Traducción del catalán al español: “No más disforia de género.”

2 Traducción del catalán al español: “Los genitales no hacen a la persona.”

3 Utilizó la expresión “condición intersexual” en este caso y utilizaré otras formas a lo largo del texto intentando respetar las diferentes formas de autonominarse de diferentes actores sociales en cada contexto o ámbito. No haré referencia en el texto al grupo de apoyo en concreto por respeto a su intimidad, pero si quisiera agradecerles desde este silencio todas las experiencias que han compartido conmigo para la realización de mi trabajo de campo y porque sin lo que ellas me ha enseñado hubiera sido imposible escribir este artículo.

amalgama de posibles intervenciones quirúrgicas de genitales externos e internos. En definitiva, la presentación incluía un resumen de las contestaciones y aportaciones surgidas en manos de grupos activistas y teóricas principalmente en el contexto anglosajón que desde los años noventa han ido ocupando el espacio virtual/académico/activista en materia ya ampliamente conocida como activismo y teoría *intersex*.

Partiendo de preguntas del tipo, ¿Qué define y cómo se mide el sexo?, ¿quién está legitimado para decidir/intervenir sobre él?, ¿qué forma/tamaño/funciones debe tener un cuerpo para ser considerado “normal” y aceptado socialmente?, ¿por qué genera tanta angustia y miedo una posible indefinición o ambigüedad?, o ¿sucede así en todas las culturas o es exclusivo de nuestra sociedad?; y utilizando relatos de las experiencias visibilizadas y denunciadas de personas que han atravesado y sufrido en su infancia, adolescencia, o incluso en la edad adulta procesos y tecnologías de asignación de sexo, cuestionaba unas políticas “de verdad” sobre el sexo y las identidades, poniendo en el punto de mira la legitimidad del discurso y de las prácticas médico-científicas.

El ánimo era intentar invertir el orden de las preguntas que se suelen escuchar en estos encuentros; es decir, en lugar de averiguar y analizar los riesgos, los controles y las dosis adecuadas de hormonas o de terapias hormonales sustitutorias (THS) o de valorar las ventajas y/o riesgos de unas cirugías u otras, la idea era intentar reflexionar sobre la finalidad de todas esas intervenciones y terapias. La única respuesta a esta pregunta es que, salvo excepciones⁴, si eliminamos el fantasma de algunos posibles riesgos –malignización de gónadas– sobre los cuales no existen evidencias de las llamadas científicas ni estadísticas fiables, la única finalidad de tanta intervención es evitar cualquier posible “ambigüedad corporal” en una sociedad donde ser mujer o varón está limitado a compartimentos estancos y rígidos por lo que respecta al cuerpo. Son muchos los cuerpos considerados amenazantes o peligrosos en relación con el modelo binario del “cuerpo sexuado”: el hombre con pechos o ginecomastia, la mujer con vello facial, el hombre con

⁴ Me refiero a aquellas contadas situaciones complejas donde en el caso de no intervenir se pondría en peligro la vida de la persona.

pene “pequeño”, la mujer que no menstrua, el hombre “impotente”, la mujer “estéril”, la mujer con pene, la mujer sin vagina...

Pero invertir el orden de las preguntas supone, por un lado, cuestionar toda la terminología médica que considera las situaciones intersexuales como enfermedades, patologías o alteraciones, y al mismo tiempo hacer prescindibles muchas de las intervenciones médicas sobre los cuerpos intersexuales. Sobre todo, invertir las preguntas significa de alguna manera subvertir el orden social. Vivir como hombre con pechos, vivir como mujer y lucir barba, mostrar como hombre un pene de 5 cm o como mujer un clítoris de 5 cm supone enfrentarse a miradas de curiosidad, pena e incluso “morbo” en el mejor de los casos, y de rechazo y espanto en el peor.

La experiencia de muchas de las personas diagnosticadas bajo la etiqueta de un “síndrome” intersexual en España son historias de ocultamiento, silencio y soledad –en lo que respecta a su diagnóstico y las intervenciones y tratamientos médicos a los que se han sometido y se someten– en su relación con personas tanto de su familia como de su círculo más íntimo. En sus vivencias cotidianas se convierten en auténticas estrategias, haciendo verdaderas acrobacias en el manejo de la información que de sí mismas dan en su relación con los otros. El sufrimiento implícito a este tipo de esfuerzos diarios no nos puede pasar desapercibido y justifica la dependencia de estas personas a la única información y “apoyo” hasta hace bien poco disponible, el discurso biomédico.

Sin embargo, ha sido precisamente la colectivización y visibilización de experiencias y sufrimientos lo que ha provocado que en determinados contextos, lo que hasta el momento fuera dolor y soledad, se convirtiera en agencia y en argumentos sólidos y potentes para romper binarismos y cuestionar la anclada naturalización del sexo. Estados Unidos ha sido quizás el lugar que más ha sobresalido al respecto por el volumen de información, crítica, movimientos y acciones desarrolladas. Sus particularidades socio-históricas, políticas, legales y sanitarias lo han convertido en un escenario privilegiado para el nacimiento y desarrollo de las teorías y el activismo *intersex*⁵. El peso del asociacionismo y de sus políticas

5 Debemos considerar los sesgos que devienen por ser Internet la herramienta básica en el nacimiento y difusión de las identidades y experiencias intersex. Sin duda, una herramienta privilegiada de unos pocos y a través de la cual se difunde información básicamente anglosajona.

identitarias ha hecho posible emprender un camino hacia la desestigmatización de la intersexualidad y, con ello, hacia la crítica social a los modelos de sexo/género implícitos también en la hegemonía biomédica. Hay que entender también que las particularidades del sistema sanitario norteamericano hacen que lo que podrían considerarse a priori desventajas, concretamente por las desigualdades que genera su gestión privada, se conviertan en ventajas debido al pluralismo asistencial derivado de ella. Así por ejemplo, el volumen de clínicas, profesionales y especialistas con diferente orientación y formación que hay en el mercado sanitario, amplía y diversifica los itinerarios de búsqueda de atención de padres y personas *transgender*⁶.

En este contexto, la pluralidad y divergencia de voces ha ido creciendo exponencialmente año tras año hasta el momento actual, creándose profundas brechas entre colectivos y teorías *intersex* ante determinados temas. Quizá la separación más notable haya sido la derivada de la publicación del famoso consenso –*Consensus statement on management of intersex disorders*– en mayo del 2006. Vimos a partir del mismo cómo el término DSD⁷ –Trastornos/Alteraciones del Desarrollo Sexual– se imponía frente a los antiguos estados o categorías intersexuales. Parte de la comunidad intersex aceptó el cambio por considerar que el término *intersex* podía resultar estigmatizante en sí mismo por la asociación que se hace de la intersexualidad con una identidad de género indefinida o “ambigua”. Al mismo tiempo, el uso de la construcción médica DSD podría ser vista como una forma de crear alianzas con la comunidad médica, utilizada estratégicamente para negociar con ella y conseguir sus fines particulares. Por otro lado, otros colectivos criticaban el uso de las siglas DSD considerándolo una vuelta atrás en lo que suponía un “logro identitario”, además de que con la utilización ahora de la etiqueta “disorders” se volvía a caer en la trampa de la patologización⁸.

6 En relación con este aspecto se puede leer el artículo publicado por Sarah Hoffman en el *San Francisco Chronicle* el 8 de Abril de 2007, “Let them be. What’s the proper parental response when faced with a kid who’s gender variant? Disponible en la red en la dirección: <http://www.sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?f=/c/a/2007/04/08/CMGFTO8L9830.DTL>

7 Disorders of Sex Development. Las siglas utilizadas en español han sido las de ADS (Alteraciones del Desarrollo Sexual).

8 Gregori, Gallego y Dauder (2007).

Pero entonces, ¿qué implicaciones tiene identificarse como *interveex*?, ¿qué discursos y debates subyacen a la utilización de unas u otras etiquetas e identidades?, ¿podemos reconocer este debate en el contexto español?

Aunque se puede afirmar que estos debates no han llegado explícitamente a España, encontramos de alguna manera más subliminal y bajo distinto traje, posicionamientos enfrentados que comprometen aspectos relacionados con la identidad y que reflejan todo un complejo panorama de estrategias individuales y colectivas en la lucha contra la exclusión que supone el estigma de la “diferencia”. En España, los discursos y objetivos de la teoría y el activismo *interveex* han calado, afortunadamente, además de dentro del ámbito académico, en las reflexiones y propósitos de muchos movimientos y asociaciones de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (LGTB), algunas de las cuales incluso han introducido en sus iniciales la I de Intersexuales. Esta inclusión en el que pasaría a ser activismo LGTBI supone un cambio cualitativo que modifica fuertes planteamientos iniciales de estas organizaciones abriendo nuevos debates y controversias relacionados con la construcción de la identidad. Lo cierto es que la inclusión de la “I” ha servido estratégicamente y, más que para crear espacios de encuentro y activismo para unas, hasta ahora “invisibles”, personas intersexuales, la intersexualidad se ha usado como discurso y herramienta teórica para criticar el *status quo* en temas de sexo/género y sexualidad, así como una baza más en la lucha en contra de las desigualdades y la discriminación social de todas las personas que no cumplen la “norma sexuada”. Para otros grupos, habitualmente grupos *trans*, se convierte en un aliado en su lucha contra la medicalización de tránsitos y ambigüedades. En cualquier caso, la progresiva ampliación de siglas por parte de estos colectivos pasa por la construcción de un “nosotros” mucho más fuerte y consistente en su denuncia a los sistemas y dispositivos de normalización, y en el reconocimiento de una realidad mucho más plural y diversa de lo que se quiere hacer creer.

Tan cerca como lejos de este panorama, aparece la vida de muchas personas que en su día fueron diagnosticadas como intersexuales, para las cuales, la introducción de la intersexualidad en las agendas de estos grupos significa asociar su existencia a unas rei-

vindicaciones que comprometen la identidad sexual, el deseo y las prácticas sexuales. Muchas de estas reivindicaciones son ajenas para ellas, lo que las hace sentir extranjeras dentro de ese nuevo “nosotros”, llevándolas a desarrollar mecanismos y discursos que tratan de establecer distancia física y simbólica tanto con los discursos como con los grupos que los enarbolan.

En la mayoría de ocasiones, las historias de vida de estas personas están repletas de dudas e incertidumbre respecto a su cuerpo visible⁹ y no visible¹⁰, y respecto a las repercusiones e influencias que estos “cuerpos” pudieran tener precisamente en su identidad, sus expectativas vitales y su deseo. Muchas veces la preocupación por estos ingredientes del sexo están presentes de una manera tan incisiva en sus vidas que acaba desarrollándose una vigilancia exhaustiva por parte de estas personas y de sus familias sobre lo que podríamos llamar las “manifestaciones de la verdad interior”. Así por ejemplo, el que un niño se interese por el baile o las muñecas hará recordar al padre sus dos cromosomas X y quizá piense que se haya cometido un error diagnóstico. En otras ocasiones, el deseo de una mujer hacia otra hará recordar a la misma el cromosoma Y de su cariotipo y los efectos que pudo tener sobre sus afectos.

Hay demasiada información y verdades “científicas” que nos enseñan que en el cromosoma Y, en los testículos o gónadas masculinas, en la testosterona, y como no, en el pene, reside la llave de la masculinidad. Por otro lado, la doble X de los cromosomas sexuales, los ovarios, las mamas, la vagina, los estrógenos y la progesterona nos revelan “verdades” sobre el sexo femenino. ¿Qué sucede pues, cuando se le recuerda de forma constante a una mujer que tiene una Y en sus cromosomas sexuales, que tiene gónadas masculinas, o que tiene que operarse para reducir su micropene?, ¿y qué le pasa al hombre a quien se cita para realizarle una mastectomía porque se considera que tiene mamas demasiado sobresalientes, o aquel a quien se le dice que no tiene Y en

9 Me refiero a la apariencia de los genitales externos y al fenotipo (distribución del vello y de la grasa, desarrollo de la musculatura y apariencia externa en general).

10 Cromosomas (X0, XY, XXY, XX, etc.), gónadas (ovarios y testículos), estructuras internas (útero, vagina, trompas del Falopio, próstata, epidídimo, conductos deferentes, etc.).

su fórmula cromosómica¹¹, o incluso de aquel del cual se considera que no tiene un pene funcional?¹²

Existen también demasiados ritos de paso que nos convierten en las mujeres y los varones que somos. Como afirma Jeffrey Eugenides precisamente en la adolescencia, todos los cambios físicos que se producen, nos enseñan quiénes somos, y esto puede incluir a quiénes amamos o por quiénes nos sentimos atraídos.¹³ Cosas que nos podrían parecer nimias como la compra del primer sujetador, las duchas compartidas en los gimnasios, las mediciones colectivas y lucrativas del tamaño del miembro viril entre compañeros de instituto, la primera regla, compartir tampones, las infinitas conversaciones sobre los cambios de humor los días precedentes y los que acompañan la menstruación, los dolores menstruales, etc., dejan a muchas personas en el margen de estos géneros imposibles.

Cuando el fantasma del otro sexo se pasea constantemente a su lado, vigilándolas y cuestionándolas, y además deja su huella en forma de cicatrices, de secuelas postquirúrgicas y de tratamientos que se convierten en crónicos, en ocasiones, la realidad, los compromisos y los esfuerzos de determinadas luchas o activismos quedan muy alejados de sus experiencias. En estos casos, sus luchas se orientan hacia la búsqueda individual a través del esfuerzo colectivo —en grupos de apoyo o asociaciones de afectados— de información completa y no sesgada sobre el funcionamiento de ese cuerpo desconocido y descontrolado, por el hecho de depender de tratamientos ineficaces sobre los cuales no se ofrecen respuestas claras y definitivas. Por otro lado, para muchas de estas personas, su lucha reside en pasar desapercibidas, en no mostrar ninguna pista que de repente active la curiosidad médica con todo su engranaje institucional, así como la de otros individuos o grupos que

11 Esta forma médica de expresarlo, en lugar de decir por ejemplo que tiene XX en su fórmula cromosómica se relaciona de forma general con todo el discurso médico con la construcción de la identidad femenina como falta.

12 Se considera que un pene es funcional cuando es capaz de ponerse erecto y que tiene capacidad futura para penetrar a una mujer.

13 Jeffrey Eugenides es el escritor de la famosa novela que consiguió el premio Pulitzer en 2003, *Middlesex* y que narra la historia de vida de Cal Stephanides, una persona intersexual. Estas reflexiones están extraídas de la entrevista que se le realizó en el programa televisivo *The Oprah Winfrey Show* el 21 de septiembre de 2007. Disponible en la red en la dirección: http://www2.oprah.com/obc_classic/featbook/middlesex/author/author_interview_350_101.jhtml

traten de convertirlas en heroínas y agentes de cambio social. Podemos imaginar que, frente a esta experiencia, escuchar las reivindicaciones y críticas que está planteando el emergente activismo intersex puede resultarles de una dureza extrema al hacerles pensar que quizás las cosas podían haber sido y haberse hecho de otra forma, o al considerar que no hay vuelta atrás con las decisiones que tomaron en un momento dado ellas o sus familias. Además, muchas veces este discurso tan potente puede activar cierta culpabilidad en algunas personas por sentir que mantienen una actitud sumisa ante las decisiones médicas y al mismo tiempo por no participar en estos proyectos de cambio social donde su experiencia sería muy apreciada.

Un resultado lógico a esta complejidad de situaciones y experiencias son las respuestas de alejamiento y/o rechazo por parte de personas diagnosticadas dentro o fuera de grupos de apoyo hacia grupos activistas *intersex* y movimientos LGTB, desde los cuales perciben discursos y acciones que en algún momento pudieran resultarles amenazantes u ofensivos. La construcción de la identidad de estos colectivos pasará pues, por la constitución de un antimodelo, el calco negativo, aquello que se elige no ser y frente a quienes se establecen distancias¹⁴.

De hecho, una de las construcciones sociales sobre la persona intersexual se relaciona con su representación dicotómica como “objeto” o como “sujeto”, es decir, ocupando una posición de víctima o de héroe. “El “objeto” intersexual se ocultaría en las tinieblas, mutilado y dependiente del poder médico y de sus tecnologías; una víctima que espera una segunda o tercera cirugía que reduzca las secuelas que le dejaron la primera, que desconoce los efectos a largo plazo de las hormonas que está tomando, y que buscaría sin éxito algún profesional médico que no le exponga a todos sus residentes (estudiantes de medicina en prácticas) como un caso raro y exótico al que quizá nunca más se vuelvan a enfrentar. En el otro extremo, el “sujeto” activista intersexual aparecería como poseedor de un gran bagaje teórico que remite a fluidez en los cuerpos y en las identidades, e incluso pudiéndolo encontrar montando piquetes en la puerta de congresos médicos

14 Juliano (2004), p 27.

sobre cirugía o endocrinología pediátrica”.¹⁵ Podríamos decir que, más allá de la dicotomía, en la práctica, en la cotidianidad, cada actor social elige la posición o posiciones en las que colocarse estratégicamente, las formas de expresarse y los usos terminológicos clave para evitar situaciones de estigma y exclusión. Hay personas que nunca oyeron hablar del término intersexualidad y/o prefieren identificarse como varones Klinefelter, mujeres Turner o chicas PAIS o CAIS¹⁶. Sin embargo, en situaciones específicas como pudiera ser en la consulta médica por un simple resfriado o por una revisión laboral, algunas pudieran elegir términos como el de “hipogonadismo¹⁷”. El hecho de no mencionar a los exotizados¹⁸ estados intersexuales unido a la pluralidad de causas o etiologías ante un diagnóstico de hipogonadismo¹⁹, hace que una consulta que podría acabar en interminables esperas, en analíticas sanguíneas, pruebas radiológicas, o en una *tournée* interminable por diferentes especialistas, se convierta en un dato más de toda una historia clínica como otra cualquiera. Hay veces en las cuales resulta mucho menos problemático referir que tuvieron un cáncer que decir que tienen un diagnóstico de intersexualidad.

Comprobamos cómo los usos de las categorías o conceptos muestran múltiples caras, y que la línea que separa los beneficios o ventajas que ofrece su uso y el estigma que provoca es muy fina. A veces, estar reconocida socialmente como “enferma” y reconocerte bajo la etiqueta de un “síndrome” proporciona seguridad, protección y legitimación ante la percepción individual y social de ser “diferente”. Otras veces –como podría suceder en el caso de la apropiación por parte de algunos grupos de la etiqueta “Síndrome de Harry Benjamín (SHB)”–, determinados usos y cambios terminológicos, en este caso la sustitución del clásico transexualismo por el SHB definido como una condición neurológicamente intersexual, se traducirían en un reconocimiento a nivel médico-legal

15 Gregori (2007).

16 PAIS (Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Parcial), CAIS (Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos Completo)

17 Término mucho más general e inespecífico que refiere a la falta de función de las gónadas (ovarios o testículos).

18 Todas las personas diagnosticadas y tratadas por una situación intersexual coinciden en la in-experiencia de la mayoría de profesionales ante estas situaciones y en el agotamiento que produce, según escuché en una ocasión, “evangelizar a los médicos”.

19 Algunas de las causas de hipogonadismo son tumores, traumatismos, debido a fármacos, radioterapia o cirugías (Martul, 2000).

de estas personas como intersexuales y con ello la cobertura dentro del ámbito sanitario público español de las cirugías y tratamientos de cambio de sexo físico.

En cualquier caso, aún con todas sus contradicciones y paradojas, cada persona y/o grupo actúa, no como receptoras pasivas de información y de tecnologías médicas, sino como artífices activas de estrategias de legitimación y supervivencia. Cada persona encuentra la mejor manera o la forma posible de autolegitimarse y eso implica la utilización de unas u otras etiquetas dependiendo del contexto y del momento dado. Por ello se hace necesaria una reflexión acerca de la complejidad de luchas individuales, de activismos así como de los horizontes a los que tendemos y/o queremos tender.

Es precisamente en este complejo mapa que se va dibujando en España sobre las cuestiones *intersex* donde sitúo ese malestar y esas contradicciones a las que hacía referencia al inicio del artículo. Un malestar que, más que evitar o negar, considero necesario analizar y significar desde el momento en que nos permite no permanecer ajenas a las posiciones sociales múltiples en las cuales se producen conocimientos y prácticas reflexivas. Un malestar que, siempre que no crezca lo suficiente como para paralizarnos, puede permitirnos establecer fisuras en nuestros ámbitos particulares y posibles de acción. Todos los nuevos telones que se van abriendo plantean la urgente necesidad de repensar las exclusiones implícitas en la búsqueda de sujetos políticos unitarios y al mismo tiempo de deconstruir posiciones binarias de víctimas y opresores como necesariamente excluyentes²⁰ Valorar las posibilidades reales de existencia de cada cual, así como los microespacios de acción individuales y colectivos, permite visibilizar las microrresistencias que producen fisuras y cambios en el escenario social. Para ello es necesario colocarse en la piel del sufrimiento, del dolor cotidiano y comprender los “anhelos de normalidad” de las personas que han sido borradas de los mapas de géneros posibles y que sienten la diferencia en cada pequeña acción.²¹ Necesitamos legitimar una variedad de conocimientos y saberes, desde aquellos más formales hasta los saberes más cotidianos y profanos para no construir te-

²⁰ Eskalera Karakola (2004).

²¹ Cuando hablo de “anhelos de normalidad” de estas personas me refiero a la necesidad de encontrar espacios donde no ser cuestionadas, a los deseos de no tener que dar explicaciones

orías descarnalizadas que hablen de los cuerpos sin contar con los cuerpos.²²

Mientras tanto los saberes médicos siguen sin ofrecer respuestas para aquellas preguntas que más preocupan a las personas intersexuales. Los silencios y las contradicciones se amplifican cuando se trata de alcanzar la tierra prometida del sexo binario. Se incide desde el estamento médico en la necesidad de desestigmatizar y por otro lado se recuerda constantemente todo lo anormal de sus cuerpos y la necesidad de rectificarlos. Tal y como señalaban personas intersex en el programa televisivo *“Growing Up Intersex”*²³: *“Doctors have good intentions, but they are speculating”*²⁴.

Aquella mañana del mes de octubre mis expectativas eran demasiado ambiciosas: quería invitar a los profesionales médicos que estuvieran presentes –endocrinólogos, genetistas, cirujanos– a la reflexión y la autocrítica, es decir, en primer lugar, a que fueran conscientes de la ausencia histórica de crítica al objetivismo científico, a la teoría y a las prácticas médicas; y en segundo lugar, a percibir que su práctica lleva implícita la reproducción de estereotipos sociales y en definitiva la transmisión de desigualdades. En la actualidad, y nada advierte que las cosas vayan a cambiar, el discurso biomédico lleva la voz cantante, la autoridad y la legitimidad para hablar sobre los cuerpos y para tomar decisiones sobre ellos. Sin la existencia de una verdadera autocrítica que haga ver “desde dentro” la necesidad de establecer diálogos y alianzas con otros colectivos y disciplinas, no hay posibilidad de cambio. Aquel día yo fui la última en exponer mi presentación. Y de todos los médicos que asistieron sólo se quedó hasta el final uno de ellos.

o justificaciones de toda la historia de vida cuando se conoce a alguien íntimamente; deseos de que no se cuestione su propio “yo” cuando están desnudas frente a alguien o delante de su propio reflejo; deseos de poder decir con legitimidad que son mujeres, varones, o ninguno de los dos, independientemente de lo que tengan entre las piernas; deseos de desear a quien quieran sin que por ello se cuestione si son “verdaderamente” mujeres o varones. Gregori, (2007).

22 Cuando me refiero a “saberes profanos” hago referencia a aquellos conocimientos que no se presentan como pautas fijas, que están adecuados a una cultura popular pragmática, adecuada a cada ocasión, y que incluye recursos apropiados y accesibles que no cubren los profesionales médicos. Los saberes profanos han aparecido siempre como una dimensión negada o equivocada (Comelles, 1985).

23 Reflexiones incluidas en el programa *“The Oprah Winfrey Show”*, disponible en la red en la dirección: http://www2.oprah.com/tows/pastshows/200709/tows_past_20070921.jhtml?promocode=incl20070921TD

24 En español, “Los médicos tienen buenas intenciones, pero están especulando”.

Bibliografía

Comelles, J.M. (1985) "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales" en *JANO* 660.

Gregori, N.; Gallego, C.; Garcia-Dauder, S. (2007) *New management in intersex debates* en Umea Congress "Past, Present, Future: from Women's Studies to Post-Gender Research", Umea University.

En <http://www.umu.se/kvf/aktuellt/ppf/ngregori.pdf>

Gregori, N. (2007) "Sexos y deseos inapropiados", en Téllez, A. y Martínez, J.E. (coords.) *Sexualidad, género, cambios de roles y nuevos modelos de familia*. Ed. S.I.E.G. Universidad Miguel Hernández. Elche. (e.p.)

Escalera Karakola (2004) "Prólogo" en VV.AA. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Traficantes de sueños, Madrid.

Hughes, I.A.; Houk, C.; Ahmed, P.A.; Lee, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES)/ European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) Consensus Group (2006) "Consensus statement on management of intersex disorders". *Journal of Pediatric Urology* 2 ver

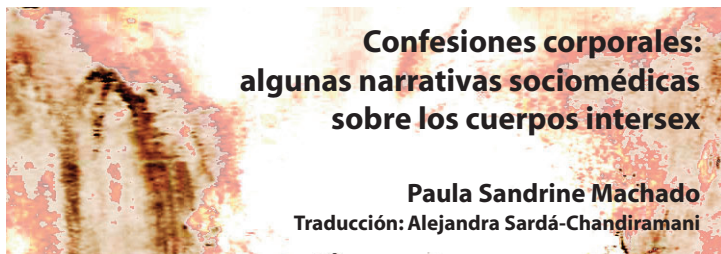
Juliano, D. (2004) *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Ed. Cátedra: Madrid.

Martul, P. (2000) "Hipogonadismo: diagnóstico y tratamiento" en *Anales Españoles de Pediatría*. Vol 52 (Supl. 1).

Acerca de la autora:

En la actualidad vivo en una dispersión elegida entre la atención y acompañamiento como enfermera a personas en fase terminal de cáncer y como antropóloga realizando una investigación que implica un cuestionamiento de los discursos y las prácticas de precisamente esa institución médica para la cual trabajo. En constante búsqueda, en progresiva pérdida y en permanente contradicción, a través de mi investigación buceando en vidas ajenas voy explicando y reconstruyendo también la mía, con la única certeza de que sólo desde los márgenes se ven mejor los centros y de que únicamente desde las periferias y las pequeñas resistencias cotidianas podremos ser algún día más divers*s, más posibles y más vivibles.

Contacto: nugreflor@hotmail.com



*La verdad es que no se trata de una ambigüedad.
La criatura tiene un sexo definido, tiene un genotipo.
Lo que no tiene bien definido es el fenotipo.
No aparece con sus genitales completamente formados
(Dicho por uno de los médicos entrevistados)*

El conocimiento médico acerca del “desarrollo” y de la “diferenciación” sexuales es una de las esferas sociales y de saber que se apoyan en la clasificación de los seres humanos en base a categorías de sexo binarias. Más allá del contexto de las intervenciones e investigaciones médicas se puede decir que ocupar la categoría de hombre o de mujer acarrea una serie de consecuencias sociales. Según Foucault esas preguntas se plantean porque, en nuestra sociedad, la “verdad” sobre el sujeto está fuertemente relacionada con su sexualidad.¹ En ese sentido, podríamos pensar que la “verdad” acerca de la anatomía de una persona tendría un peso mayor que su “verdad”. Esto equivaldría a decir que la supuesta “falta de claridad” sobre esa anatomía se desplaza hacia quien la posee, pudiendo inscribir socialmente a esa persona en la categoría de “monstruo”.²

Las narrativas y las definiciones que recaen sobre los genitales o sobre los cuerpos considerados “ambiguos” parecen reforzar, de manera paradójica, la existencia de una “verdad pura” sobre el ser hombre y el ser mujer. Lo que es visto como “ambiguo” en ese sen-

1 Foucault (1988).

2 Foucault (2001).

tido no es el sexo en el cuerpo sino el sexo que, en cierta medida, ese cuerpo “muestra”.³ No es casual que los médicos consideren más adecuado el uso de la expresión *aparato genital formado de manera incompleta* que *aparato genital ambiguo*, como lo sugiere el discurso del médico entrevistado con el cual inicié este artículo. Esa expresión, que por un lado permite retardar la enunciación del sexo de la criatura, remite a la idea de que hay un “sexo” (una “naturaleza”, una “esencia sexual”) que ya existe en el cuerpo, si bien todavía no está *completo*.⁴ Además de ser una estrategia para enfrentar el miedo a la ambigüedad que los cuerpos intersex suscitan esa expresión, al mismo tiempo, justifica las intervenciones que vendrán y que —a partir de esa perspectiva— se proponen *completar* lo que está *incompleto*.

Ya la antropóloga Mary Douglas señalaba que en las diferentes culturas la idea de ambigüedad se aproxima a la de impureza, que representa por encima de todo el “desorden” o lo que está “fuera de lugar”.⁵ Para la autora, una de las formas de abordar la “ambigüedad” o la “anomalía” es, justamente, definirla con la mayor precisión posible ya que haciendo eso se estaría, al mismo tiempo, definiendo el conjunto del cual ellas no forman parte. Además, si la impureza equivale al desorden, según Mary Douglas: “sólo exagerando la diferencia entre adentro y afuera, arriba y abajo, masculino y femenino, a favor y en contra, se puede crear una apariencia de orden”.⁶

La autora muestra de este modo la importancia que tiene en el plano social el hecho de clasificar el mundo, insertando los objetos y las personas en categorías. Las clasificaciones se refieren a representaciones y a valores sociales, o sea, a las formas como entendemos la realidad. Y también guardan relación estrecha con las normas sociales y con el sistema clasificatorio propio, según señala Douglas, que produce y define lo que se considerará una “anomalía”, al mismo tiempo que suscita la necesidad de crear formas de resolver las situaciones que ponen en jaque los esquemas preconcebidos.⁷

3 Machado (2005a).

4 Machado (2005).

5 Douglas (1991).

6 Douglas (1991) p 17.

7 Douglas (1991).

Por eso, una reflexión sobre las cuestiones implicadas en el “manejo” médico de la intersexualidad y en las narrativas que se producen acerca de los cuerpos intersex nos lleva a un análisis acerca de las clasificaciones sociales, sobre todo aquellas que remiten a las representaciones acerca del “verdadero” sexo y, por ende, a como se define el “sexo ambiguo”. Y también nos conducen a una reflexión sobre quién tiene el poder de conceptualizar lo que resulta “naturalmente” y “esencialmente” verdadero con respecto al sexo de otra persona, y cuáles son las herramientas utilizadas para ello. En otras palabras: ¿cómo el cuerpo confiesa el sexo? y ¿a partir de qué elementos se reconoce aquello que lo define de manera inequívoca? ¿Quién define esos elementos?

En este artículo, me propongo analizar algunas narrativas médicas sobre los cuerpos intersex que remiten a la idea de “ambigüedad” o de “falta de armonía” en lo que se refiere a la fórmula “género asignado - sexo (a ser) construido”. Para ello, tomaré como base tres historias de campo que consideré emblemáticas en relación a ese tema, a las cuales llamé “Cabellos”, “Hormonas” y “Moléculas”. Todas estas situaciones se presentaron durante un estudio etnográfico que llevé a cabo en un hospital ubicado en la zona sur de Brasil (al que de ahora en adelante llamaré “Hospital RS”)^{8,9}.

8 Los datos y los análisis que contiene este artículo forman parte de una investigación más amplia que vengo realizando desde 2004 para mi doctorado en Antropología Social en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), sobre intersexualidad y los elementos que entran en juego en las decisiones relativas a la “asignación” del sexo y el manejo clínico/quirúrgico/psicoterapéutico de niños y jóvenes intersex. Se trata de una investigación antropológica en la cual se adoptó el método etnográfico. Las técnicas de investigación social privilegiadas fueron la observación participativa (sobre todo en el contexto de dos hospitales, uno brasileño y otro francés), entrevistas informales y entrevistas individuales semiestructuradas, con un recorrido semidefinido, a profesionales de la salud, jóvenes intersex y familiares de niños/jóvenes intersex. Los aspectos éticos y metodológicos de este proyecto, incluyendo sus Términos de Consentimiento Libre e Informado fueron analizados y aprobados en Brasil por un Comité de Ética en las Investigaciones, de acuerdo a las Directrices y Normas Internacionales y Nacionales, especialmente las resoluciones 196/96 y complementarias del Consejo Nacional de Salud.

9 Todos los nombres de personas y lugares fueron modificados para proteger su anonimato. A los niños/jóvenes intersex se les asignaron nombres de ángeles, recordando la expresión que hace referencia al “sexo de los ángeles” - pero el uso que hago de esa expresión no tiene que ver con la idea de que los ángeles son seres sin sexo, edad u otros atributos humanos sino, por el contrario, alude a la figura del ángel como aquella capaz de traducir la posibilidad de la existencia de una variabilidad de sexos. Para los familiares utilicé nombres creados por mí y en lo que concierne a los profesionales de la salud, por razones éticas diferentes, opté por nombrarlos por su especialidad, sin marca de género alguna. De esa manera, toda mención al género de los médicos (por ejemplo ‘la cirujana’ o el ‘cirujano’, ‘la residenta’ o el ‘residente’) se hará de manera completamente aleatoria.

La hipótesis que guía este texto es que la noción de “ambigüedad” opera como hilo conductor que permite entender la relación entre medicina e intersexualidad, así como las tensiones que genera la intersexualidad en ese contexto médico-científico. Por último, desarrollaré algunos señalamientos que buscan problematizar la relevancia y el rol de la Bioética en esta esfera de decisión, desde una perspectiva de Derechos Humanos, intentando al mismo tiempo destacar algunas de sus limitaciones y/o posibles caminos.

“Cabellos”

A mediados de 2005, el “caso” de una criatura a la que se le atribuyó el sexo masculino al nacer movilizó intensamente a los equipos de cirugía pediátrica, endocrinología y psicología del Hospital RS. Jediel tenía lo que, en lenguaje médico, se conoce como hipospadía -situación anatómica en la cual la apertura de la uretra no se encuentra en la punta del pene sino a lo largo de la zona ventral del mismo, o sea, debajo del pene. No todos los “niveles” de hipospadía se consideran intersex o genitales ambiguos. Por eso, normalmente es necesario que se trate de un caso de “hipospadía severa” o sea, cuando la abertura de la uretra se encuentra más cerca de la base del escroto. Esa era la situación descrita en relación a Jediel.

La criatura tenía 5 años cuando fue sometida a la primera operación para “corregir” su hipospadía. Debido a la situación del hijo y la falta de certezas en relación a su sexo, los padres de Jediel (católicos practicantes) resolvieron hacer una promesa al momento de nacer el niño para que todo transcurriera sin tropiezos. La promesa consistía en no cortarle el cabello al niño hasta que este cumpliera siete años. A los cinco años, Jediel exhibía unos hermosos cabellos que le llegaban casi al centro de la espalda. La cuestión era que los largos cabellos de Jediel constituían un problema para el equipo de salud (formado especialmente por profesionales de cirugía pediátrica, endocrinología y psicología). Se temía que Jediel pudiera “confundirse” en relación al desempeño de los roles sexuales y también que “los otros”, la “sociedad”, pudieran confundirlo con una niña debido a su cabello.

En las *evoluciones* de la historia clínica de Jediel constantemente se hacía referencia al hecho de que se había conversado con la madre o con el padre para intentar convencerlos de cortarles el cabello al niño.¹⁰ También aparecían una y otra vez señalamientos acerca de la insistencia de los padres en conservar el cabello largo del niño. En las reuniones de equipo se decía que el niño era “todo un varoncito” en cuanto a su vestimenta y actitudes pero que “ese cabello” realmente constituía un problema. Un día, en el consultorio externo le pregunté al médico si alguna vez habían interrogado a la familia acerca de lo que el cabello largo significaba para ellos. Se quedó pensando. Días después, en una reunión de equipo, ese mismo médico refirió la conversación que habíamos mantenido y señaló que, efectivamente, nadie le había preguntado a la familia lo que esa promesa significaba para ella.

Algunas reuniones más tarde, el médico anunció que había hablado con la familia y que el padre de Jediel le explicó que habían hecho esa promesa para que Dios protegiera al niño y este pudiera convertirse en “hombre”. Donde los profesionales, y especialmente el psicólogo, veían una confusión de roles sexuales, los padres –por el contrario– veían una “garantía para su masculinidad”.

“Hormonas”

Seheiah tenía 14 años cuando la conocí. A los 11 años, en 2001, abandonó el tratamiento hormonal que venía siguiendo por su Hiperplasia Suprarrenal Congénita¹¹. Siendo bebé, se le había practicado una clitoroplastía¹². Cuando me reuní con Seheiah por se-

10 Se llama *evoluciones* a los registros de las consultas externas o de las internaciones en las historias clínicas de las personas cuyos procesos seguí en el hospital.

11 Según puede consultarse en la literatura médica, la glándula suprarrenal produce cortisol, andrógenos y otras sustancias. La HSC se define como deficiencia de una enzima necesaria para la producción de cortisol. Para compensar ese déficit, la glándula suprarrenal en su conjunto es estimulada, lo que resulta en una producción excesiva de andrógenos. En criaturas con cariotipo 46XX, la exposición excesiva a los andrógenos ocasionaría lo que los médicos describen como “virilización” de los genitales externos. Una de las consecuencias de esa situación es que el clítoris se presente con dimensiones anatómicas mayores que las consideradas “normales” para una niña, de acuerdo a determinados parámetros médicos acerca de los tamaños y medidas de los genitales.

12 La *clitoroplastía* es un procedimiento quirúrgico que procura “corregir” clítoris considerados de tamaños y/o formas “anormales”. Según los médicos entrevistados, esa intervención difiere de otras técnicas utilizadas anteriormente en el contexto de las intervenciones sobre cuerpos intersex: la clitoridectomía (extirpación completa del clítoris) y el sepultamiento clitoridiano.

gunda vez, ella estaba en los consultorios externos de cirugía pediátrica en procura de un turno para que se le practicara una vaginoplastia¹³. Seheiah usaba sombrero, vestía bermudas largas y una camiseta ancha. Según el relato médico, su crecimiento se había visto perjudicado por la interrupción del tratamiento hormonal. Por eso, Seheiah era de baja estatura. Además, llamaba la atención del equipo por su voz más gruesa, sus hombros anchos, su vello corporal. Seheiah, al igual que varias otras criaturas con diagnóstico de “hiperplasia suprarrenal congénita” que son definidas como niñas al nacer y que, en algún momento de sus vidas, interrumpen el tratamiento o que no lo siguen en un todo de acuerdo con las instrucciones de los médicos, provoca en el equipo médico una reacción muy característica. “¡Pero es un muchachito!” es una de las expresiones que pueden escucharse describiendo el espanto que causa su fisonomía. Prácticamente todas las veces que la vi en consultorios externos, escuché algún comentario en relación a la “virilización visible” de su cuerpo. Tal vez la inquietud del equipo acerca de qué otra parte de su cuerpo –además de los genitales, la voz y los pelos– había sufrido la acción de la testosterona (¿el cerebro, por acaso?) fuera menos visible. Uno de los informantes, expresando el malestar que generaba la figura de Seheiah, reflexionó: “A esta altura, es bueno alertar a los padres. A veces, les decimos algo y entonces la familia se ocupa, y ahí la cosa mejora”¹⁴.

“Moléculas”¹⁵

Mi trabajo de campo en el hospital RS estaba recién comenzando cuando se programó una reunión con un equipo formado por médicos de diferentes especialidades para discutir el “caso” de una criatura que había nacido en la institución pocos días atrás. En ese momento, el equipo todavía se refería al bebé como “RN de Ca-

13 La *vaginoplastia* es un procedimiento quirúrgico que se utiliza con el objetivo de “construir” el canal vaginal, los labios menores y mayores.

14 Estos señalamientos sobre Seheiah, seguidos de un análisis distinto del que se propondrá aquí, pueden encontrarse en otro artículo mío. Machado (2005a).

15 Esta tercera “historia” también ya fue relatada por mí, con un propósito analítico diferente, en un artículo que todavía no ha sido publicado (Machado, en prensa).

rolina”, siendo RN las iniciales de “Recién nacido” y Carolina el nombre ficticio que atribuí a la madre del bebé. La reunión entre especialistas se programó porque se trataba de un “caso” de intersexualidad en el que tanto la elaboración de un diagnóstico preciso así como la decisión de atribuirle al bebé un sexo masculino o femenino, se consideraban especialmente complicadas. En la reunión estuvieron presentes, además de mí, dos cirujanos pediátricos, un endocrinólogo pediátrico, un residente de psiquiatría, una genetista, un residente de genética, una residente de pediatría, un neonatólogo y dos estudiantes de medicina.

En la reunión, se iban presentando los elementos disponibles, y considerados relevantes, para orientar el diagnóstico: se intentaba armar un cuadro más o menos coherente con la información tomada de los estudios para analizar las tasas hormonales, del cariotipo, del examen físico, entre otros, al mismo tiempo que se indicaban los estudios que todavía resultaba necesario solicitar para llenar las lagunas que restaban. En relación al estudio de cariotipo, la genetista decía que no lograba “ver” con certeza si podía encontrarse la fórmula “XX” (cariotipo que por convención se considera femenino) o la “XY” (cariotipo que se considera masculino). *No se puede afirmar que es Y*—señalaba ella— *ninguno de los marcadores indica Y*. Por otro lado, el endocrinólogo consideraba que las gónadas producían testosterona, lo que podía hacer inclinar la decisión hacia el lado de lo “masculino”. La discusión prosiguió y se fueron presentando innumerables pareceres tanto acerca de las “condiciones biológicas” de la criatura como también sobre los “aspectos psicológicos” de la madre, hasta que una de las médicas, sin querer, plantó al grupo la pregunta siguiente: *pero, ¿por qué operar?* La pregunta fue recibida con cierto espanto e inclusive con impaciencia. Risas y murmullos completaron la escena. La preocupación del equipo, en última instancia, era cómo “intervenir mejor” y por eso se estaban embarcando en esa búsqueda de una definición inequívoca del sexo del bebé. La pregunta de la médica, en ese contexto, sonaba poco sensata porque, como comentara uno de los médicos presentes en la reunión *¿Cómo va a vivir una criatura en este mundo sin que se defina su sexo?* Al fin de cuentas, era eso lo que se intentaba resolver.

“Cabellos”, “Hormonas”, “Moléculas” y el miedo a la ambigüedad

Las tres historias de campo que acabo de relatar evocan la idea de lo que denomino “confesión del sexo”. En esas situaciones, el sexo “toma cuerpo” a través de tres características: físicas (los cabellos), endocrinológicas (las hormonas) y/o moleculares (el cariotipo, las moléculas). Las historias también apuntan a narrativas que remiten a la idea de ambigüedad y a las tentativas de exterminarlas o armonizarla lo más posible. En el primer caso, son los largos cabellos de Jediel los que despiertan en el equipo el miedo de que allí se instale una ambigüedad en relación a la identidad sexual del niño. En el segundo caso, son las hormonas y sus efectos “fuera de control” sobre el cuerpo los que traicionan la supuesta armonía entre el género asignado-el sexo construido y, en el tercer caso, se trata de buscar en las moléculas, a través de análisis mucho más específicos, el “sexo verdadero”.

Desde antes del período que Alice Dreger denominó “The Age of Gonads” (La era de las gónadas) hasta la actualidad, se observan cambios en relación a qué elementos van siendo considerados relevantes en tanto marcadores inequívocos de la diferencia entre los “verdaderos” hombres y las “verdaderas” mujeres.¹⁶ La producción científica en el terreno biomédico se ha desarrollado y lo que se observa es que cuanto más se avanza en dirección a buscar dónde, a fin de cuentas, se encuentra el sexo “verdadero”, más posibles “niveles” de localización del mismo en el cuerpo van siendo revelados: niveles anatómicos, genéticos, hormonales, gonadales¹⁷.

Con los avances producidos en el terreno de la biología molecular, la genética y la endocrinología (instrumentalizadas por la biología molecular) lograron ocupar un lugar importante en las negociaciones para decidir el sexo que se “asignará” a las criaturas intersex, especialmente en lo que se refiere a las evaluaciones de los pronósticos concernientes al desarrollo sexual. Una revisión reciente de la nomenclatura de “Intersex/Estados intersexuales” en cuanto “Trastornos del Desarrollo Sexual” (TSD) en un artículo que se conoció como “Consenso de Chicago”, apunta en esa direc-

¹⁶ Alice Dreger (1998).

¹⁷ Machado (2005b).

ción y revela el esfuerzo de un grupo de “expertos” por establecer una clasificación que se expresa en términos cada vez más “técnicos” y con códigos muy complejos y específicos.¹⁸

De este modo letras y números –46XX DSD, 46XY DSD, duplicación del SOX9, mutación en WT1, sólo para citar algunos ejemplos– componen lo que en otro artículo llamé “sexo-código”, un sexo que se revela al nivel molecular del cuerpo.¹⁹ Como se ve en la tercera historia que se narra más arriba, el cariotipo y los “marcadores de Y” se toman como elementos concretos, palpables, que descubren al sexo en su dimensión más invisible, microscópica. Otro punto importante a destacar es que al mismo tiempo que el sexo-código revela al cuerpo en su registro microscópico, parece superponerse a su registro macroscópico.

Se puede decir que cuando se considera el proceso de “búsqueda del sexo verdadero”, existen por lo menos dos niveles implicados: el de la localización del sexo en el cuerpo (en la anatomía, las gónadas, los genes) y el del recorrido biológico del sexo en ese cuerpo (aspectos dinámicos y temporales, sofisticados por la ayuda de la biología molecular). De ello resulta que de la extracción de la verdad a través del discurso se pasa a nuevas formas de “confesiones del cuerpo”, activadas por otros mecanismos que están fuera del control de quien “confiesa”.²⁰ En el contexto del “sexo-código”, a quien confiesa el sexo se le priva de todo control sobre el mismo. Es una lógica que se plantea como independiente de la injerencia de las personas. El sexo no es sólo algo a ser dicho sino más bien algo a ser escudriñado a su nivel más invisible.

Todos los elementos “microscópicos” deben estar, además, sincronizados con otros, más “macroscópicos”: el tamaño de los senos, el tamaño del clítoris y del pene, la forma de caminar, el timbre de la voz, el largo de los cabellos, la ausencia o la presencia de vello, la preferencia por actividades “más masculinas” o “más femeninas”, entre otros. Cuando se percibe una supuesta “falta de armonía” entre los diferentes elementos o características que estarían componiendo el sexo es que se revelan las preocupaciones de los profesionales médicos y psicólogos –pero también de algunos familiares,

18 Lee et al. (2006).

19 Machado (2007).

20 Foucault (1988).

aunque de maneras diferentes y muchas veces partiendo de una lógica que también es distinta—y las narrativas que revelan el miedo a la ambigüedad que puede habitar los cuerpos intersex, como claramente lo demuestran la primera historia, sobre los cabellos de Jediel, y la segunda, sobre el cuerpo de Sehieah.

Sin embargo, es importante señalar que características que pueden ser percibidas en cualquier otra criatura y/o joven sin causar perplejidad alguna—como en el caso de las niñas a las que les gusta jugar al fútbol o de los muchachitos de cabello largo— se leen de manera muy diferente cuando se trata de niñ*s/jóvenes intersex. En el contexto de la intersexualidad, la variación física en relación al binario sexual se convierte en una diferencia social. Por ejemplo, la madre de otra joven con diagnóstico médico de HSC me dice, no sin cierta preocupación, que su hija quiere ser “camionera” cuando sea mayor. Y tampoco es infrecuente observar situaciones como aquella en la que escuché a estudiantes de medicina que comentaban, con cierta desconfianza, si el hecho de que otra muchacha, también con diagnóstico de HSC, jugara bien al fútbol no sería efecto de la HSC, de la testosterona.

Como lo señalara anteriormente, la idea de la ambigüedad guarda—de manera paradójica— una relación estrecha con las demarcaciones y las definiciones: ¿qué es un “verdadero hombre” y qué es una “verdadera mujer”? ¿Y dónde, en este sentido, está la línea que define el límite entre el uno y la otra? Como resulta evidente en las preguntas referidas a la intersexualidad—así como sobre aquello que entra o no, y de qué forma, en las categorías sociales—, a una determinada visión de los procesos clasificatorios corresponde una cierta concepción sobre las relaciones entre naturaleza y cultura.

En lo que se refiere a los debates en torno a los cuerpos intersex se plantean cuestiones nuevas como, por ejemplo, el cuestionamiento al operador binario del sexo. Es la propia subjetividad y autenticidad del sexo, por lo tanto, la que pasa a repensarse. Por eso se torna insuficiente pensar sólo en las categorías clasificatorias tradicionales de sexo y género, que apuntarían a los dispositivos binarios producto de la ingeniería social a partir de una materialidad fija y única. En este sentido, uno de los puntos que merece ser resaltado es que aunque esas categorías pueden ser importantes

para muchas clases de análisis, se las debe entender como constructos teóricos y no como algo dado o como realidades corporales y sociales.

Además de eso, es fundamental señalar que “algo” está cambiando en la búsqueda de un sexo en el cuerpo por medio de tecnologías muy sofisticadas, como las que están involucradas en el manejo sociomédico de la intersexualidad. Es esa compleja interacción y “producción conjunta” entre la técnica, la construcción del conocimiento científico y el orden social la que permite desplazar el lugar desde el cual se habla sobre el sexo y la forma como se dirige la mirada sobre el mismo²¹.

Marilyn Strathern señalará, por ejemplo, el surgimiento de híbridos en el contexto de las nuevas tecnologías reproductivas que rompen con las clasificaciones tradicionales y que generan desplazamientos, que perturban la supuesta estabilidad de los dominios de la “naturaleza” y la “cultura”. Al trabajar con la inclusión de la tecnología en los procesos “biológicos”, ella muestra cómo la inserción de elementos nuevos puede transformar la matriz clasificatoria consagrada. Marilyn Strathern se está preguntando, entre otras cosas, ¿qué se gana y qué se pierde cuando se utilizan definiciones como éstas?. O sea, ¿para qué sirven esas categorías? En este sentido, a Strathern parece preocuparle más la manera cómo las personas describen las cosas –por ejemplo, la “naturaleza humana”– porque, para ella, “esas diferencias [entre las sociedades y entre los grupos] emergen en las prácticas descriptivas”.²²

En lo que se refiere a las taxonomías en torno a la intersexualidad en un artículo de Alice Dreger se encuentra un debate interesante sobre la dificultad para estimar con exactitud la cantidad de personas intersex tanto en el contexto mundial como en el contexto más específico de los Estados Unidos.²³ Según ella, para que sea posible afirmar que determinados genitales (internos o externos) o cuerpos son ambiguos, es preciso ser capaces de definir qué es lo masculino y qué es lo femenino, con “precisión” y preferentemente basándonos en indicios que supongan delimitaciones claras. Dreger remite el debate justamente al campo de las (in)defi-

21 Jasanoff (2006).

22 Strathern (1992), p 172.

23 Dreger (1998).

niciones: ¿qué es lo que se debe considerar “ambiguo”? Según ella, la discusión trasciende las cuestiones anatómicas generando grandes choques también en el terreno conductual y filosófico.

En lo que se refiere a la sexualidad, esta discusión se torna particularmente compleja, pues aquello que se considera dentro o fuera de las categorías de hombre y de mujer varía de una cultura a otra, y también dentro de cada cultura, según sea el contexto en el que tiene lugar esa evaluación. En materia de intersexualidad se trata, además, de discutir quién tiene el poder de definir lo que es masculino y lo que es femenino: ¿los profesionales de la salud (y en ese caso, ¿cuál de ellos?: ¿el psicólogo?, ¿el cirujano?, ¿el endocrinólogo?, ¿los médicos que recién comienzan su carrera o los profesionales más reconocidos?). ¿Los operadores del derecho? ¿Los familiares? ¿Las personas intersex? Todas esas preguntas me llevan a encaminar este artículo, a modo de conclusión, hacia un debate todavía abierto en torno a la bioética desde una perspectiva de derechos humanos.

Bioética y Derechos Humanos

Como lo demostró Mary Douglas, y como pude observar en el curso de mi propia investigación, la idea misma de “mezcla” o de “desorden” refuerza las estructuras existentes, las denominaciones, las fronteras y las demarcaciones. Si bien delimitar fronteras y establecer definiciones refuerza el sistema clasificatorio de determinados grupos, es preciso problematizar sobre qué es impuesto ese sistema o también de qué manera viola los derechos humanos de algunas personas. Al mismo tiempo, es importante no dejar de lado el hecho de que los cuerpos intersex y las innovaciones tecnológicas que procuran diagnosticar el sexo llevan a redefiniciones de las categorías de sexo femenino y de sexo masculino. Cuando se “descubren” nuevos niveles en los que se puede buscar el sexo de alguien (¿de la anatomía externa a las gónadas, del cariotipo a las moléculas!), los límites de las antiguas clasificaciones necesariamente se expanden y es preciso hacer un reordenamiento.²⁴

24 Strathern (1992).

Además de eso, según lo que observé durante el trabajo de campo, pueden existir tensiones entre las definiciones médicas y la experiencia cotidiana de jóvenes intersex y sus familias.²⁵ Pero los actores sociales lidian con la ambigüedad de diferentes maneras, que muchas veces implican la reintegración de la misma a una determinada normal social. Esto puede percibirse, por ejemplo, en una situación de campo en la que estuvieron involucrados los padres de una criatura atendida en el Hospital RS. Ellos consideraban que la operación para “corregir el micropene” de la criatura no era necesaria porque, según su relato, tanto el padre como el abuelo exhibían la misma característica de tener un “pene pequeño”, y ello no les había causado problema alguno en sus vidas. En este caso, resulta evidente que el “micropene”, resignificado como “pene pequeño”, pasa a formar parte de una historia familiar.

Por otro lado, también se puede pensar que la reintegración a una determinada norma es sólo posible porque, en el momento en que algo “perturba” el sistema clasificatorio y borra los límites entre diferentes categorías, algo nuevo surge. Como lo señala Marilyn Strathern en esos casos surge un nuevo orden clasificatorio y se produce un cambio en las definiciones anteriores. En esas disoluciones y reacomodamientos es que se construye cultura pero también sucede que la naturaleza nunca vuelve a ser la misma. Así, la “mezcla” y la “impureza” no son meramente “cosas que están fuera de lugar” sino también lo que desacomoda las cosas que estaban en su lugar.²⁶

Es necesario resaltar que las estrategias que cada cultura establece para las situaciones “*in-between*” tienen incidencia sobre cuestiones cotidianas, como las que implican a las burocracias, las relaciones afectivo-sexuales, las relaciones de amistad, de trato interpersonal, entre otras. Como intenté señalar, inciden también y claramente en las decisiones y en el manejo sociomédico de los cuerpos intersex. Según Peter Buróe cuanto más complejo se torna un sistema social, mayor es la posibilidad de ambigüedades, de “formas híbridas”.²⁷ Por eso es preciso elaborar estrategias analíticas para pensar los sistemas clasificatorios y cómo la ambi-

25 Machado (2006).

26 Strathern (1992).

27 Peter Burke (2004).

güedad y la norma se alejan y se acercan entre sí en las diferentes esferas de la vida social, así como sobre las consecuencias que esas torceduras implican.

Además, es importante resaltar que en el caso de la intersexualidad, la “ambigüedad” es algo que se puede ir presentando en diferentes momentos de la vida y en diferentes contextos, resignificando las definiciones de sexo y de género.²⁸ Teórica e hipotéticamente es posible decir que la existencia de variaciones en el contenido de una determinada categoría clasificatoria (por ejemplo, las diferentes formas de la masculinidad y de la femineidad, de entender qué es lo caliente y qué es lo frío, entre otras) cambia la propia forma de esa categoría. Esto si consideramos que la realidad existe siempre en la relación entre quien mira y lo que es mirado. Lo que no significa decir que la realidad es sólo discursiva o que ella es material. Significa, por el contrario, pensar la realidad como materialidad puesta en relación, que no puede desvincularse de los procesos sociales.

Todas las cuestiones planteadas hasta aquí, así como la reflexión acerca de la categoría de “ambigüedad” y la tentativa de minimizarla o eliminarla en lo que concierne a los cuerpos intersex, muestran que esta investigación tiene consecuencias evidentes en el terreno de la “bioética”, en la medida en que discute e interroga justamente la práctica de los profesionales de la salud. El término bioética fue utilizado por primera vez en 1970, a través de una definición muy exhaustiva que incluía diferentes campos de conocimiento y acción.²⁹ Fue sufriendo una serie de reformulaciones hasta que, actualmente, la bioética se puede considerar, de manera bien general, como un campo que se propone abordar de forma interdisciplinaria los dilemas suscitados por las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud.

Entre las corrientes tradicionales de la Bioética se destaca el modelo “principista”, creado por Beauchamp y Childress que ha sido ampliamente criticado pero continúa utilizándose mucho en este campo.³⁰ Los autores propusieron algunos principios que de-

28 Machado (2006).

29 Goldim (2003).

30 Beauchamp y Childress (1994).

berían ser tomados en cuenta para una “buena” decisión y que son: autonomía, justicia, beneficencia y no causar daño. Un error subyacente a este modelo, como lo señala Fátima Oliveira es que el objeto de reflexión de la bioética que lo sustenta es un ser humano construido como abstracto, ajeno a las diferencias de pertenencia social, sexo/género, raza/etnia.³¹

Pensar, por ejemplo, el respeto por la autonomía como simple reconocimiento del derecho de un individuo a sustentar un determinado punto de vista, elegir, y actuar en base a sus valores y creencias personales, implica desconocer que ese mismo individuo puede tener pertenencias y relaciones diferentes que van influyendo sobre sus decisiones y conductas en los planos más diversos.³² Así, el terreno de la bioética es un espacio de debate que se viene construyendo y reconstruyendo con el tiempo.

En los años 90, surge formalmente una bioética de inspiración feminista que viene a desestabilizar y cuestionar algunos supuestos universalistas y abstractos de la bioética principista.³³ Como lo demuestran las autoras, las feministas fueron señalando las especificidades de los diferentes grupos sociales y la importancia de tener en cuenta las desigualdades que existen entre ellos.

La bioética es una esfera a la cual normalmente se relegan las decisiones más “difíciles”, entre ellas las que atañen a las criaturas/jóvenes intersex. Como ya lo señalara en otro artículo, esto se explica, entre otros motivos, porque la Bioética posee un compromiso directo con el campo de la “salud” y la intersexualidad suele percibirse como una cuestión que corresponde exclusivamente a ese campo. Es justamente allí donde reside la que parece ser una de las principales limitaciones de la bioética en relación a la intersexualidad.³⁴ El compromiso con la esfera de la salud y las aproximaciones a la biomedicina pueden constituir también un pacto delicado con una determinada noción regulatoria de “salud”, de “enfermedad”, de “cuerpo femenino” y de “cuerpo masculino”, entre otras.

31 Fátima Oliveira (2003).

32 Beauchamp y Childress (1994).

33 Diniz e Guilherm (2000).

34 Machado, en prensa.

Otra limitación es que los debates en el terreno de la bioética no remiten, necesariamente, a una discusión sobre la perspectiva de los derechos humanos, aun cuando ésa sea la preocupación actual, como lo sugiere la publicación en 2005 de la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* por los miembros de la UNESCO. Además, inclusive esa bioética amparada por los supuestos de los Derechos Humanos encierra una pregunta: ¿cuál es la definición de ser humano que sustenta el discurso de los Derechos Humanos? Al mismo tiempo: ¿a quiénes excluye?

Regreso aquí al punto con el cual inicié este artículo, la referencia a las demarcaciones, a la necesidad de delimitaciones “claras” entre categorías sociales. La ambigüedad, como lo señalé al comienzo de este artículo, se muestra como hilo conductor que permite aprehender la relación entre la medicina y la intersexualidad. Y es ese mismo hilo el que, al mismo tiempo, conduce a los cuerpos intersex hacia afuera de las categorías de humano e intenta traerlos de regreso por medio de técnicas de intervención. Un hilo peligroso que conduce al terreno de la Bioética y de los Derechos Humanos, a pesar de ser herramientas ético-políticas potentes y fundamentales, por terrenos a veces movedizos y traicioneros.

Bibliografía

Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (1994) *Principles of Biomedical Ethics*. (4a ed.) Oxford University Press, New York.

Burke, Peter (2004) *Hibridismo Cultural*. Editora da Unisinos, São Leopoldo.

Diniz, Débora; Guilhem, Dirce. “Feminismo, bioética e vulnerabilidade”, en *Estudos Feministas*, v. 8, n. 1. Florianópolis.

Douglas, Mary (1991) *Pureza e Perigo*. Edições 70, Lisboa.

Dreger, Alice Domurat (1998) “Ambiguous Sex or Ambivalent Medicine?” *The Hastings Center Report*, v. 28, n. 3. Puede consultarse en:

http://www.isna.org/articles/ambivalent_medicine. Consultado el 20 de diciembre de 2007.

Dreger, Alice Domurat (1998) *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Harvard University Press. Cambridge.

Foucault, Michel (1988) *Historia da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque y J.A. Guilhon Albuquerque. 12a edição. Edições Graal, Rio de Janeiro.

Foucault, Michel (2001) "Clase del 22 de enero de 1975", en Foucault Michel. *Os Anormais*. Martins Fontes. São Paulo

Goldim, José Roberto (2003) "Bioética e interdisciplinaridade". Se puede consultar en: <http://www.bioetica.ufrgs.br/biosubj.htm> (consultado el 20 de diciembre de 2007).

Jasanoff, Sheila (2006) "The idiom of co-production", en **Jasanoff**, Sheila (ed.) *States of knowledge. The co-production of science and social order*. Routledge. New York.

Lee, P.; **Houk**, Ch.; **Ahmed**, S. F. y **Hughes**, I. A. (in collaboration with the participants in the International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology) (2006) "Consensus Statement on Management of Intersex Disorders". *Pediatrics*, 118.

Machado, Paula Sandrine (2005b) "O sexo dos anjos: o olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural". *Cadernos PAGU*, n. 24, jan-jun.

Machado, Paula Sandrine (2005b). "Quimeras" da Ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 20, n. 59.

Machado, Paula Sandrine (2006) "No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre Intersexualidade, (Bio)Ética e Direitos Humanos", en **Grossi**, Miriam Pillar; **Heilborn**, Maria Luiza; **Machado**, Lia Zanotta. *Antropologia e Direitos Humanos* 4. Nova Letra, Blumenau.

Machado, Paula Sandrine (2008) "Intersexuality and sexual rights: analysis of a hospital context in Southern Brazil". (en prensa)

Machado, Paula Sandrine. "Anomalia", "ambigüidade" e outros operadores de diferença: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias", paper para o 31º Encontro anual da ANPOCS, 2007, disponível em:

http://201.48.149.89/anpocs/arquivos/10_10_2007_14_36_45.pdf.

Oliveira, Fátima (2003) "Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe", en **Garrafa**, V. y **Pesini**, L. *Bioética: Poder e Injustiça*. Edições Loyola, São Paulo.

Strathern, Marilyn (1992) *Reproducing the future. Anthropology, Kinship and The New Reproductive Technologies*. Routledge, New Cork.

Acerca de la autora:

Paula Machado se graduó en psicología en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), y es magíster y doctora en Antropología Social por la misma universidad. En su doctorado llevó a cabo una investigación sobre los elementos en juego y las negociaciones en torno al manejo sociomédico de la intersexualidad. Se dedica, sobre todo, a los siguientes temas: intersexualidad, decisiones médicas, sexualidad, género, antropología del cuerpo y la salud, antropología de la ciencia. En este momento es profesora en el programa de pos graduación en Salud Colectiva de la Universidad, e investigadora en el Núcleo de Investigación en Antropología del Cuerpo y la Salud (NUPACS)/UFRGS. Junto a Mauro Cabral coordina el Consorcio Latinoamericano de Trabajo sobre Intersexualidad.

Contacto: paulasandrine@yahoo.com.br



V e r s i o n e s

Apertura

Desde que tengo 15 años no dejo de hacerme la misma pregunta.

No me pregunto, como podría pensarse, por qué nací con este cuerpo. Tampoco me pregunto, lo que sería más que previsible, por qué ocurrió lo que ocurrió. Por qué me hicieron *esto*.

No.

Lo que me pregunto desde mi adolescencia es cómo es posible que tanta gente crea –de corazón, de buena fe, crea– que lo que pasó no es cierto. Y que tampoco es malo.

Los textos que siguen –en algunos casos inéditos, en otros ya publicados– son distintas versiones de esa pregunta.

Sigue abierta.

Como la que más

A lo largo de los últimos años tuve la oportunidad de participar de muchos talleres sobre intersexualidad, y en su discurrir hay una escena que se repite. Los y las participantes son invitados a imaginar qué ocurrió cuando nacieron, cómo fue que terminaron asignados como niñas o niños, qué parte de su cuerpo fue la que determinó esa asignación se produjo en el momento de nacer, o aún antes. En el momento de responder a esa pregunta, los hombres siempre aciertan cuando afirman: un pene. Algunas mujeres también aciertan cuando dicen: no había pene. Y muchas, mujeres suponen: alguien debe haber visto que yo tenía una vagina. El fundamento de esa presunción es claro. La *penetrabilidad* de niñas y mujeres ha constituido históricamente un rasgo esencial de su modo de ser en el género. Sin embargo, esta identificación inicial del género femenino con la *capacidad-para-ser-penetrada* sólo puede ocurrir si otra operación material y significativa tuvo lugar con anterioridad: la comprobación de que nada, pero nada, en ese cuerpo que será el de una mujer, competirá, será tomado, o confundido, con un pene. Pene o no pene, primero. Que el clítoris no parezca

un pene, después. Tal es la economía carnal de la asignación de género en Occidente.

Pero ¿qué tanto debe medir un clítoris para ser aceptable y no amenazante? La práctica ritual de clitoridectomías habla a las claras de que su mera existencia es sencillamente inaceptable en distintos lugares del mundo. El 6 de febrero fue establecido así, hace algunos años atrás, como el día de la Cero Tolerancia hacia la mutilación genital femenina en el continente africano, a partir de una iniciativa promovida por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales. En nuestra cultura, que mira con horror tales prácticas, el tamaño “aceptable” de un clítoris oscila alrededor de los cuatro centímetros como máximo –nada llamativamente, el mínimo no es considerado un problema relevante. Más allá de esa medida, que marca uno de los límites férreos de lo femenino, se despliega la amenaza de un cuerpo malformado, virilizado, mal emplazado en su género. A favor de “reducirlo” por vía quirúrgica en la primera niñez se esgrimen argumentos tales como la posible confusión de género, la vergüenza y la discriminación –argumentos asediados por el fantasma de un goce para que el que aun no existen ni nombre ni medida. ¿Acaso alguien podría imaginar, sin estremecerse, una mujer con un clítoris de cinco, ocho, diez centímetros, capaz de erectarse y, quién sabe, incluso, de penetrar?

A pesar de que el movimiento intersex ha denunciado estas intervenciones quirúrgicas no consentidas como mutiladoras, su inclusión en la agenda de la lucha contra la mutilación genital femenina enfrenta dos problemas centrales: la resistencia de nuestra cultura, *malgré* Foucault, a considerar críticamente la medicina occidental como una práctica tradicional y la resistencia de ese mismo Occidente, *malgré* Beauvoir, a considerar críticamente los aspectos biotecnológicos del mismo devenir mujer. El avance de los derechos sexuales se detiene, titubeante, allí donde la lengua *generizada* también titubea: la carne que pone a la diferencia sexual en cuestión. Después de todo, se dice, ¿se trata acaso de *niñas*? ¿se trata acaso de *niñas normales*?

La mutilación genital infantil intersex no afecta solamente a niñas; sin embargo, se trata de uno de los procedimientos feminizantes más brutales y literales de nuestra cultura. No solo sufren sus consecuencias aquellas niñas nacidas con un clítoris de extensión

superior al promedio, sino también aquellos niños cuyo pene resultó demasiado pequeño para las expectativas culturales sobre su tamaño. “Corregir” quirúrgicamente esos cuerpos se vuelve entonces un imperativo no solo individual sino cultural –a riesgo de vernos enfrentados a enfrentar la locura ese no saber que amanza con devorarnos y nos devora.

Durante la última década gran parte de la respuesta médica, jurídica y bioética a las demandas intersex se han centrado, prioritariamente, en la discusión de aspectos técnicos. A diferencia de la economía occidental de la mutilación genital femenina, cuya condena uniforme nunca introduce la posibilidad de “mejores técnicas” mutilantes, la posibilidad de cirugías más sofisticadas se ha esgrimido contra la crítica intersex. Lo que se afirma velada pero insistentemente, en este recurso a biotecnología, es la permanencia de férreos criterios de normalidad corporal, la distinción entre cuerpos deseables desde un principio y aquellos otros cuya normalización podría ser, tal vez, menos cruenta, pero igualmente necesaria. Como en el caso de la mutilación genital femenina, la mutilación genital infantil intersex es considerada, por lo tanto, una puerta de entrada disciplinante a una pertenencia comunitaria no problemática –o, incluso, a la posibilidad misma de la pertenencia. No nos ilusionemos ni abusemos de catalejos políticamente correctos: en términos de mutilación genital nuestra cultura es sangrienta como la que más. Racional, bienintencionada, sí. Pero sangrienta. Como la que más.

¿Cero Tolerancia aquí también? No lo sé. No parece ser suficiente. Aunque sea imprescindible, la protección contra la violencia de género nunca basta por sí misma. La resignada aceptación de la cultura tampoco alcanza, ni alcanzará. ¿Quién podría querer vivir en un mundo en el cual su cuerpo sea solo aceptado, y nunca celebrado? ¿Acaso el registro de lo vivible no precisa, también, del registro de lo deseable? Es preciso incluir hoy las clitoridectomías y otras prácticas “normalizadoras” de cuerpos intersex en la lucha contra la mutilación genital femenina; pero para que otro mundo tenga lugar es preciso que la intersexualidad encuentre también espacio en la imaginación deseante de nuestra cultura, en la recóndita humedad de nuestros sueños.

Nota publicada en el sitio web del CLAM - Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (www.clam.org.br) el 6 de marzo del 2007

No Saber –acerca de XXY

I

Hace mucho tiempo yo tenía 14 años y estaba sentado frente a un médico que lo sabía todo. El sabía, por supuesto, quién era un hombre y quién una mujer. Sabía también quién podía ser un hombre o una mujer, y bajo qué condiciones. Y no sólo sabía, además, a quiénes deseaban hombres y mujeres, sino también quiénes podían efectivamente ser deseados como hombres o mujeres. El se sabía un verdadero experto en el arte de distribuir personas en los órdenes de la identidad, el deseo y la felicidad; se sabía, sobre todas las cosas, un maestro en el arte de construir cuerpos capaces de hacerlos posible.

Sentado frente a ese médico yo no sabía nada. No sabía quién era, ni quién podía ser, ni cuáles eran mis posibilidades de ser deseado, ni cómo, ni por quién. Aquello que creía mi saber se deshacía ante el suyo. Los modos en los que la masculinidad se encarnaba en mi identidad, en mi cuerpo y en mi deseo –él los sabía, los declaraba, los sentenciaba imposibles. Que yo dijera “este soy yo, y este es mi cuerpo” era, para él, la expresión delirante de un cuerpo fallado que precisaba compostura urgente, paso primero y primordial para que el delirio encarnado también terminara por componerse. El estaba seguro, sabía, que una intervención quirúrgica instalaría inicialmente la femineidad entre mis piernas, para que años de dilataciones y algún señor (o varios señores) con ganas de penetrarme acabaran por fin de instalarla.

Ese médico que en ese tiempo era mi cirujano no era un hombre particularmente necio; su machismo, su homofobia y su misoginia no eran muy distintos del machismo, la homofobia y la misoginia de otros hombres de su edad, su profesión y su clase. Vivía rodeado de libros. No era un ermitaño. Viajaba, iba al cine, discutía sus ideas con colegas y estudiantes. Revisaba pacientes todos los días. En toda su experiencia del mundo no había nada, sin embargo, que desmintiera su saber sustantivo acerca de hombres y mujeres, sus cuerpos, deseos y felicidades –y transformado en hacer quirúrgico, ese su saber signó mi vida hasta el presente.

II

Aún desde antes de su estreno la película *XXY* ha recibido muchos elogios y una crítica sostenida. La película se equivoca. Su directora no investigó lo suficiente. La película distorsiona la realidad. La película miente. Su directora no entendió lo que debía. La película confunde. La película hace daño *porque* confunde. Esta crítica –este conjunto heterogéneo pero finalmente unitario de críticas– invoca incansablemente una doble realidad desconocida. Por un lado, dice la crítica, la película desconocería la realidad de la intersexualidad como cuestión biomédica. Por otro lado, la película desconocería la realidad de la intersexualidad como cuestión social. Al equivocarse, distorsionar, mentir y confundir la película traicionaría así un claro imperativo ético-político, que dice lo siguiente: es necesario informar –cuando no educar– a las sociedad sobre intersexualidad en los términos precisos en los que ha sido codificada por la biomedicina. Paradójicamente entonces, quienes afirman que la película es criticable por no cumplir con el mandato de informar adecuadamente acerca de eso de lo que nada se sabe afirman, al mismo tiempo, un saber por demás específico acerca de eso. Ese saber afirma que la intersexualidad es una cuestión de la que sólo puede y debe hablarse en los términos que le fija la biomedicina.

Cada vez que leo o escucho esa afirmación, pronunciada por endocrinólogos y genetistas, por cirujanos y bioeticistas, por periodistas, comunicadores y conductores de programas de radio y televisión, por padres y madres de niños y niñas intersex, por adultos intersex, por feministas, por activistas gltbi, por académicos y, en general, por personas muy bien intencionadas que además van al cine, pienso lo mismo. Pienso que, más allá de lo atendibles que puedan ser sus razones para desear la existencia de una película que informe al detalle acerca de cada síndrome intersex, no hacen más que afirmar que nuestras existencias son y deben ser inevitablemente literales. No hay espacio para la intersexualidad en la metáfora. La intersexualidad no es algo sobre lo que se puede ni debe imaginar. No es algo sobre lo que se puede ni debe fantasear. No es, no puede ser, no debería ser algo con lo que alguien, uno, cualquiera, podría masturbarse. No es algo que pueda ni deba dese-

arse, ni para uno mismo ni para otros, ni en la cama propia ni en la ajena. Sobre todo, la intersexualidad no puede ni debe ser, bajo ningún concepto, producida y puesta en circulación como una experiencia distinta a la narrada por la biomedicina. No puede haber una poética de la intersexualidad, a quién se le ocurre. No puede haber, menos que menos, una erótica.

(Mientras escribo esta nota recuerdo a una genetista argentina que llamó por teléfono a un programa de radio para explicarle a una audiencia ávida de síndromes literales que Lucía Puenzo se equivocó al llamar *XXY* a su película. Me pregunto si la mimeta genetista llamaría a un programa similar para explicar que no hay mujeres con tres pechos ni hombres con dos penes en el caso que criaturas así aparecieran en una película cualquiera. Uno podría pensar –yo lo pienso– que hasta las genetistas deberían aceptar de vez en cuando el pacto ficcional que se entabla cuando uno está sentado en el cine y se apagan las luces.)

III

XXY es una película con aciertos y errores. Hay demasiada agua, demasiado animal marino, demasiada melancolía argentina de esa que nadie sabe de dónde ni a cuento de qué viene y se instala. Hay un salame, hay una zanahoria, y hay hasta un juego de analogías y equivalencias que exasperaría al espectador más dado a la simetría. Pero cuenta una historia. No relata un diagnóstico, no pone un ejemplo, no ilustra un manual, no da una receta, no prescribe un tratamiento, no reparte volantes de un grupo de autoayuda, no pide solidaridad, no ofrece piedad, no hace que “valga la pena”, no dice qué pasa, no dice qué hacer. *Cuenta* una historia. Cuenta *una* historia. Cuenta una *historia*.

Entiendo, por supuesto, las aprehensiones de quienes sienten que la poética intersex que libera la película compromete la comprensión social del tema. Claro que los entiendo: su problema es también el mío. A mí también me atormenta pensar en cómo dar cuenta de quiénes somos, qué nos han hecho y qué nos pasa. La respuesta, me parece, no puede ser sin embargo la reducción total de nuestra experiencia al recitado de un texto médico. No puede ser, tampoco, la de otra reducción –esta vez, a la de la lógica del

testimonio. El cambio que anhelamos no puede consistir en meramente convertirnos en ejemplos perfectos ni de la anatomía ni de la biografía intersex tal y como el saber de nuestra cultura las consagran. No necesitamos solamente que quienes están a nuestro alrededor comprendan los términos verdaderos en los que se dirige nuestra existencia, sino que experimenten, de una vez por todas, que somos tan de verdad y tan de ficción como todas las demás.

IV

Muchas personas a mi alrededor hacen esfuerzos desesperados para hablar de la película con la mayor corrección política posible. Y esa corrección política les funciona hasta que llegan al punto de tener que nombrar al personaje de *Alex* de alguna manera. No quieren faltarle el respeto deslizando pronombres femeninos o masculinos en el momento indebido, no quieren formar parte de esa sociedad hostil que le niega a las personas intersex su derecho a ser quienes son.

Debo confesar que esa preocupación me resulta tan conmovedora como ridícula. Después de todo *Alex* es el personaje de una película, no una persona a la que pudiera afectar de un modo u otro el uso de los pronombres equivocados. Es cierto, sin embargo, que cada opción pronominal habla de los modos en los que nos reconocemos y nos nombramos, por lo que tratar a *Alex* de una u otra manera no dice nada acerca del personaje y todo acerca de quienes somos. Es por eso que más importante, mucho más importante que la corrección política a la hora de nombrar, es el ejercicio de la capacidad para reflexionar en torno a esos modos del nombrar. ¿Tratamos a *Alex* en femenino porque hay quienes la consideran una chica? ¿Porque sospechamos de sus cromosomas? ¿Por qué supuestamente lo diría su partida de nacimiento? ¿Tratamos a *Alex* en masculino porque hay quienes así lo hacen? ¿Tendrán las escenas eróticas de la película algo que ver con ese tratamiento? ¿Creemos que no es *ni una cosa ni la otra* por esos genitales que más o menos inconfesadamente también querríamos luchar por ver?

¿Atribuimos pronombres a las personas por lo que hacen al tener sexo con otras, por los pronombres que usan esas otras, por las partes del cuerpo que una y otras usan para tener sexo? ¿Y si no hu-

quiera más remedio que arriesgarnos a no saber cuál es el pronombre correcto, y ni siquiera a saber si hay uno? ¿Si no hubiera uno, si fueran los dos, si fueran todos, si no fuera ninguno? ¿Si nos viéramos obligados a aceptar que tal vez somos siempre demasiado arriesgados y muy poco políticamente correctos a la hora de asignarle un género pronominal no solo a *Alex*, sino a cualquiera, si no hubiera pronombre correcto, en realidad, para nadie? ¿Y si la corrección política no fuera más que una excusa pobre para no arriesgarnos al error y a esa dolorosa y magnífica experiencia de darnos cuenta no sólo de que no sabíamos sino, además, de que no tenemos forma alguna, *a priori*, de saber? Creo que lo mejor que podría pasarle al personaje de *Alex* es que su trabajo poético entre nosotros no sea el que produce un conjunto de reglas nominativas, sino ese otro, profundamente desquiciante, capaz de disolver una y otra vez la seguridad con la que usamos nuestras reglas –una, cualquiera, todas nuestras reglas del nombrar, y del desear, y del coger.

V

Cuando yo era adolescente, hace veinte años atrás, hablaba y escribía. Las cosas no han cambiado mucho. Aquello que tenía para decir acerca de mi mismo lo dije, y fue oído, y también leído. Pero quienes oían y leían no tenían la menor idea acerca de lo que decía. Ese nunca fue, sin embargo, el problema. El problema fue otro –esa necesidad imperiosa, urgente, irresistible de cerrar lo que no cierra con un saber que lo clausura.

La verdad es que no sé si mi propia historia intersex hubiera sido distinta si mi cirujano hubiera visto *XXY* hace veinte años, si hubiera salido del cine enojado, confundido, excitado o esperanzado. ¿Cómo saberlo? Lo que sí se es que el mundo en el que él y yo vivimos es distinto ahora que la película está ahí, y que mucha gente puede ir y verla, verla más de una vez y no lograr, sin embargo, articular un saber que valga ni para todas las personas ni para todas las veces. Ese mundo no es distinto porque, de un modo otro, a partir de *XXY* se sepa más. Es distinto, más bien, porque a partir de *XXY*, y por suerte, comienza a saberse menos.

Nota publicada en el sitio web del CLAM CLAM - Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (www.clam.org.br) el 1 de abril de 2008.

Hay que cortar

Hace un par de semanas atrás algunos medios de comunicación dieron a conocer una nueva “victoria” obtenida en el campo de los derechos humanos –y, en particular, en el campo del derecho humano a la identidad. Se trata de la historia de una niña correntina de cuatro años quien, tras una “larga lucha”, obtuvo su documento nacional de identidad. El sexo que consiga ese documento es, “finalmente”, femenino.

De acuerdo a la información publicada, la niña había sido asignada al sexo masculino al nacer. El tamaño de su clítoris habría sido tan grande que fue confundido con un pene, lo que llevó a considerarla un niño. Luego se descubrió que tenía ovarios, que tenía útero, y que, por lo tanto, debía ser reasignada e intervenida quirúrgicamente con “urgencia”. Y, por supuesto, sin su consentimiento. ¿Por qué? ¿Cuál era la “urgencia”? ¿Se trataba, por ejemplo, de una urgencia médica? ¿Era necesario operarla para salvarle la vida, acaso? No. La única urgencia del caso era la violación *encarnada* de su derecho humano a la identidad. ¿A qué identidad? Obviamente, a la identidad obligatoria entre “sexo femenino” y “clítoris de tamaño promedio”.

Para decirlo claramente: *sólo* porque durante esos cuatro primeros años su existencia pareció tener lugar en ese *intervalo* entre la femineidad al que llaman “intersexualidad”, es que una cirugía destinada a cortar el clítoris puede justificarse en nombre de sus derechos humanos. *Sólo* porque su existencia pareció tener lugar en esa *tierra de nadie* de la diferencia sexual es que esa intervención no solo no fue públicamente reputada como *condenable* sino que, además, fue valorada como *deseable*. Buscada. Defendida como un derecho. Finalmente celebrada. Y es que desde la perspectiva cultural que persiste en identificar lo humano con cuerpos femeninos o masculinos promedio, se trata de intervenciones destinadas a *humanizarlos*. ¿Quién podría, acaso, oponerse a *eso*? ¿Quién podría negarse a festejarlo?

La historia de la niña intersex de Corrientes fue relatada, invariablemente, como una gesta heroica que, contra todos los contratiempos, logró asegurarle su derecho humano a la identidad.

Una Defensoría de Pobres y Ausentes, un hospital público, un tribunal, el Estado, en suma, apareció una y otra vez comprometido, en esa historia, con el final triunfal de esa gesta. Narrada, una vez más, en los términos de los derechos humanos, se trata, una vez más, de una historia de horror. Las variaciones corporales, la distancia entre los genitales de una niña o un niño particular y el ideal sexuado de nuestra cultura, los distintos modos en los que la diversidad se encarna, nada de eso, en sí mismo, deshumaniza; la violencia quirúrgica sí, e instala el trato inhumano en el centro mismo de la experiencia de devenir un ser humano sexuado.

¿Qué hacer para detener este horror? ¿Qué hacer para revertir el orden que lo justifica? Visibilizar y celebra la diversidad corporal tal vez ayude pero también es necesario hacer visible esa otra diferencia, la verdadera, la que no reside entre nuestras piernas. Esa que se produce y se instala cuando, en nombre de la diferencia sexual, invocando ciertos derechos de lo humano y de lo idéntico y movido por las mejores intenciones, alguien dice: hay que cortar. Y corta.

Publicado en SOY, suplemento de diversidad sexual de *Página 12*, el 16 de mayo del 2008.

Umbrales y fallos

La Corte Constitucional de Colombia *falló* recientemente a favor de la integridad corporal de un niño intersex de cinco años. De acuerdo a la información disponible, se trataría de un niño cuya familia acudió a la justicia en procura de la autorización necesaria para someterlo a una intervención quirúrgica destinada a extirparle órganos tradicionalmente considerados femeninos –un ovario y una “proyección de vagina”. Esta intervención vendría a reforzar la identidad masculina en la que niño fue criado desde que nació. De acuerdo al *fallo* de la Corte, esta intervención sólo puede ser decidida a su tiempo por el niño en cuestión, apoyado por un equipo de especialistas y por sus padres.

Hace nueve años atrás la misma Corte *falló* de manera similar en relación a otros dos casos de intersexualidad, pronunciándose de manera decidida a favor del derecho de los niños a decidir in-

formadamente acerca de intervenciones quirúrgicas destinadas a modificar sus genitales. Aquellas dos decisiones judiciales, como esta última, han sido internacionalmente celebradas como *fallos* históricos, aquellos que han contribuido y contribuyen a cambiar las condiciones de existencia de las personas intersex en todo el mundo. Pero ya está visto: los *fallos*, por definición, *fallan*.

El último veredicto colombiano, como los dos anteriores, fundamenta su llamado al respeto por la integridad corporal y la autonomía decisional de los niños intersex en un dato de índole *temporal*. Tanto el niño sobre el que resuelve el último *fallo* como aquellos de quienes se ocuparan los dos primeros habrían cruzado ya el “umbral crítico de la identificación de género” al momento de ser tomados bajo consideración judicial. El cruce de ese umbral —es decir, su edad y madurez— ha sido y es el argumento principal que sostiene la tutela de su derecho a decidir. ¿Qué significa esto? Sencillamente, que la Corte Constitucional de Colombia no preserva la integridad y la autonomía de esos niños porque *deban* preservarse en todo tiempo y lugar, sino porque ya es *demasiado* tarde para intervenir. Si en vez de cinco años hubieran pasado cinco meses, podemos apostararlo: el resultado no hubiera sido el mismo.

Puede argumentarse, y con razón, que este análisis del *fallo* desconoce aquello indudablemente positivo que la sentencia produce —después de todo, y por el motivo que fuese, se ha garantizado judicialmente el derecho de ese niño a decidir sobre su cuerpo. Es necesario tener en cuenta, no obstante, eso otro que el *fallo* también produce. Si bien la decisión colombiana habla del presente y del futuro de ese niño en particular, lo cierto es que su contenido avanza apenas implícitamente sobre el tiempo que antecede al “umbral crítico de la identificación de género”, aquel en el que sería perfectamente posible intervenir, aquel en el que, de acuerdo a los protocolos médicos y a las concepciones jurídicas y bioéticas hegemónicas, es necesario, *hay* que intervenir.

A pesar de su progresismo, el *fallo* de la Corte Constitucional de Colombia se inscribe —seguramente sin saberlo— en el empuje creciente hacia las intervenciones tempranas y, más aún, tempranísimas. Ya se habla, de manera corriente, de la realización obligada de cirugías en las primeras semanas de vida —a fin de prevenir, por ejemplo, la masculinización cerebral de aquellos niños

intersex que serán asignados y criados como niñas. Se habla también de cirugías intrauterinas, capaces de corregir *defectos* corporales asociados a la intersexualidad sin las secuelas de las intervenciones realizadas con posterioridad al nacimiento. Se habla, en voz más o menos baja, del diagnóstico genético pre-implante —aquel que podría, en principio, prevenir el nacimiento no deseado de un niño de cuerpo *ambiguo*. Evitarlo, lo que es decir, *evitarnos*. Al tomar como punto de partida el “umbral crítico de la identificación de género”, el *fallo* proyecta su luz hacia el futuro que sigue ese cruce; pero *falla* al dejar en penumbras el tiempo todo que lo antecede, incluyendo aquel donde se cruza o no se cruza el primer umbral.

Publicado en SOY, suplemento de diversidad sexual de *Página 12*, el 17 de octubre del 2008, con el título de “El umbral de lo soportable”

Experiencias de la luz

“...dimensión medida por el interior del objeto del que se trata”

Marta:

Leí el párrafo que me mandaste.¹ Lo primero que me quedó dando vueltas, después de leerlo, es justamente aquello que hace de esta noticia una noticia: la realización de una plástica vaginal a través de una “técnica quirúrgica *poco invasiva*” (el énfasis es mío). Esta descripción invoca, sin nombrarlos, al fantasma de esas otras técnicas, las que son *más* invasivas y al del propio carácter invasivo que, en mayor o en menor medida, poseen todas las cirugías de conformación de “neovaginas”. Lo que hace que la frase regrese y no me abandone no es, sin embargo, esta economía técnica, si se quiere, de la invasión, sino el sesgo de género que la constituye como técnica de feminización. Después de todo, si nos atenemos

1 Una intervención quirúrgica para conformar una “neovagina” por medio de la técnica de laparoscopia fue realizada por primera vez en Uruguay, en el hospital universitario (Hospital de Clínicas), a una joven de 18 años que nació sin esa parte del aparato reproductivo. La operación, efectuada en junio de 2007 por el doctor José Pedro Mera, docente de Endoscopia de la Cátedra de Ginecología “A” de la Facultad de Medicina, fue divulgada recientemente por el semanario *Búsqueda*. Según cifras internacionales, una de cada 5.000 mujeres nace sin el conducto vaginal. Tampoco tienen útero, aunque sí ovarios y trompas de Falopio. “Uruguay: Construida una vagina con una técnica quirúrgica poco invasiva” por Cristina Canoura <http://www.redsemilac.net/noticias/2008/080225.htm>

a los protocolos de atención médica de niños y niñas intersex, la femineidad es equiparada y reducida a esa penetrabilidad que cada vagina y neovagina hacen posible. Cuando es aplicada de modo obligado, no consentido, y cualquiera sea el grado con el que invade, la técnica quirúrgica instala en el cuerpo la posibilidad misma de la invasión, allí donde ser mujer se conjuga, literalmente, *serás penetrada*.

Lo segundo que me sorprendió del párrafo que me enviaste es la localización de la vagina en el “aparato reproductivo”; esa localización es aún más llamativa cuando el cuerpo que se despliega apenas después carece de “útero y trompas de Falopio”, volviendo inútil la función “reproductiva” de la vagina. No obstante, lo verdaderamente desconcertante no es esta participación a la vez supuesta e imposible de la vagina en estas condiciones reproductivas, sino el borramiento escritural de su localización sexual y sexuada. La construcción quirúrgica de una “neovagina” pareciera desligada, en el párrafo, de cualquier consideración por el placer sexual de la persona a la que se le practica la vaginoplastia. Es posible suponer que es más sencillo justificar una cirugía sobre la base del imperativo reproductivo, aunque sea una falacia; sin lugar a dudas, la inclusión del placer sexual complicaría las cosas: en la mayor parte de las vaginoplastias el placer proyectado es el del hombre que ha de usarla, aquel capaz de conferir femineidad sólo por el hecho de penetrarla.

El párrafo termina dando por sentado que quienes nacemos sin vagina, ni útero, ni trompas, somos invariablemente mujeres. Es cierto: la gran mayoría de personas nacidas con cuerpos con esas características es asignada al sexo femenino al nacer, y se identifica como mujer. Las cirugías compulsivas serían por lo tanto, evidentemente redundantes, sino fuera por el imperativo feminizante de la penetrabilidad. Al dar por sentado que somos todas mujeres el párrafo no sólo da por sentados nuestros cromosomas, nuestra partida de nacimiento y nuestra experiencia del género, sino lo inevitable de la intervención quirúrgica: somos todas mujeres, esencialmente, porque ninguna le escapó al bisturí. Y mientras escribo esto me doy cuenta que para el imaginario médico lo feminizante no es sólo la oportunidad técnica para la penetración, sino la pasividad misma de quien, como paciente, es forzada o forzado a encarnarla.

Debo admitir que mi experiencia es quizás más oscura que la de muchas otras personas con vaginoplastias. Más oscura, más oscura, por supuesto, que la de aquellas que eligieron sus neovaginas, asumiendo de manera autónoma los riesgos de técnica quirúrgica más o menos invasivas. Es más oscura que la experiencia de quienes no tuvieron ni tienen secuelas luego de sus cirugías, de quienes no perdieron sensibilidad genital, de quienes no perdieron, de paso, la posibilidad de dormir sin pesadillas. Es más oscura, claro está, que la de quienes no la experimentaron como una intervención incomprensible destinada a abrir y fijar el agujero por donde la femineidad se cose, el agujero destinado a devolver a las sombras el uso gozoso de todo otro agujero. Mi experiencia es más oscura, mucho más oscura, que la de quienes no vivieron sus vaginoplastias como una violación repetida al infinito, primero por la invasión quirúrgica, y luego por aquella otra, la de las dilataciones forzosas. La mía se parece más a las de esas y esos que tuvieron que acostarse, dejarse dormir y dejarse abrir –primero por un bisturí y luego, y tantas veces, por dedos y por bujías. Mi experiencia es como la de quienes no se sacan del cuerpo la certeza de que les fue implantado un dispositivo perpetuo de invasión, destinado a transformarnos en mujeres a través de la transformación coextensiva de todo hombre en un penetrador. Espero, sinceramente, que si la joven de 18 años sometida a esta intervención poco invasiva lee estas líneas las encuentre incomprensibles –y que si alguien más las está leyendo y se reconoce visceralmente en la oscuridad de esta experiencia de la luz sepa que aquí estoy para compartirla.

Un abrazo,

Mauro

Texto inédito, comentario a una noticia enviada por la periodista argentina Marta Dillon

Feliz feliz en tu día

Para Q.

El ocho de noviembre pasado Herculine Barbin cumplió 170 años. Cayó sábado –una bendición o una maldición, según se mire. A veces parece que es lo mejor que podría suceder, todo el

mundo sale y ¿a dónde va? A la fiesta de cumpleaños. Otras veces, en cambio, parece lo peor que podría ocurrir –cumplir años en uno de esos sábados en los que coinciden fiestas, estrenos, casamientos, marchas, vacaciones, aniversarios y una tormenta, uno de éstos en los que todos llaman, todos saludan, todos quieren pero, por desgracia, nadie puede. El sábado pasado, por ejemplo, el cumpleaños de Herculine cayó justo, justo, en el día mundial de la solidaridad con los intersexuales.

Uno podría pensar que en 170 años a Herculine le pasaron demasiadas cosas como para preocuparse ¡a esta altura de la vida! por una que otra coincidencia más y uno que otro invitado menos. Lo del nombre, pongamos el caso. Al nacer, en 1838, le pusieron Adelaïde Herculine pero ¿cómo le decían? Alexina –tal vez porque en la Francia del siglo XIX la gente no sabía lo que sabemos ahora, y es que debe haber un solo nombre verdadero por persona. Más tarde en la vida le cambiarían el nombre a Abel pero, en fin, ¿cómo le decimos? Herculine. Se pasó la vida entre monjas –primero como alumna y después como profesora– y, como se da por lo general en estos casos, enamoró a varias mujeres y se enamoró de una. El escándalo de su sexualidad desviada y del portento entre sus piernas expusieron a Herculine al azoramiento de un cura primero y a la exploración y el diagnóstico de un médico después; a una orden judicial más tarde y por último, al exilio – al exilio de su profesión, de las monjas y de su colegio, del pueblo y de la casa, de la cama que compartía con Sara, del sexo femenino y de todos sus nombres. En ese exilio masculino trabajó, escribió un diario y se suicidó a los veintinueve años.

Los regalos son la parte más complicada de los cumpleaños. Acertar es difícil, si es uno el que regala; pero lo más difícil de todo es ser el regalado –y lidiar, una y todas las veces, con la oportunidad para el disgusto inexpressable que entraña cada regalo. Las oportunidades aumentan cuando el cumpleaños, coincide, lamentablemente con la celebración de algún otro acontecimiento –y los

invitados le caen a uno con mazamorra o escarapelas para el 25 de mayo, con un reno de peluche para navidad, con nada para el día del padre (porque el homenajeado principal es otro), con un solo regalo para el día del amigo, con un conejo de chocolate para pascuas, con una salida al campo para toda la familia porque el cumpleaños cayó en fin de semana largo. O le caen ese día a la fiesta con poca o mucha solidaridad en bandeja exclamando, desde la puerta misma, ¡feliz cumpleaños, feliz cumpleaños!

La idea es buena. Buenísima. Concentrar en un día particular la atención del mundo no intersexual en la suerte histórica de los intersexuales, poner a ese mundo a trabajar, solidariamente, ese día, en el análisis y la reversión de ese destino. La idea es buena, pero la solidaridad, en serio, es un problema. También el día. Ni que hablar del mundo no intersexual, ni de los intersexuales. La bondad de la idea es *el* problema.

Empecemos por los intersexuales. ¿Quiénes son? Cualquiera que haya nacido con un cuerpo sexuado distinto al promedio femenino o masculino, y en particular quienes fueron sometidos a intervenciones médicas para corregirlo, y quienes han sido y son violentados por el maltrato familiar, social e institucional de esa distinción. ¿Dónde están? En todas partes. ¿Cómo se los reconoce? No se los reconoce, pasan inadvertidos entre la gente porque son esa gente: la vecina heterosexual, el cura dando misa, el gay de la mano con su unido civilmente, la lesbiana en la escalera de la facultad, el portero bisexual, la travesti que toma un taxi con dos amigas, el transexual que atiende el kiosco, la abuela, el tío, la ahijada, la prima, el conocido del bar, la cuñada de alguien. Cualquier persona pudo haber nacido con un clítoris “muy” largo o un pene “muy” corto, con testículos que no descendieron o con ovotestes, sin vagina, con el agujerito para orinar al costado o en la base del pene, con cromosomas XXY o XO, con alguno de los múltiples cuerpos sexuados que la medicina nombró primero en la lengua de los “síndromes” y que ahora nombra en la de los “trastornos”. Aquellos a quienes se llama los intersexuales somos por lo general hombres o mujeres que encarnamos una diferencia entre tantas: en nosotros el género masculino o femenino se inscribió literalmente y con violencia, a través de procedimientos que buscaban convertirnos carnalmente en hombres y mujeres iguales a los demás.

Entre el mundo no intersexual y la “comunidad de los intersexuales” no existe ni una distinción de sexo ni una distinción de género: ninguno se predica necesariamente de configuración alguna del cuerpo. Menos aún existe entre ambos una distinción en el orden de las posibilidades existenciales –la posibilidad de elegir libremente un cuerpo y un destino sigue siendo una utopía trabajosa para todos, intersexuales o no. No existe entre ambos una distinción numérica –sólo la fantasía de que hay personas con un solo sexo puede sostener esa otra fantasía, la de personas con dos. Los así llamados intersexuales no somos otra especie humana, sino la encarnación de la diferencia sexual como pesadilla humana. Imaginemos que vivimos en un mundo donde se asume que todos somos hombres o mujeres con cuerpos sexuados promedio. Ahora imaginemos que vivimos en uno donde todos debemos serlo. Imaginémonos.

Dos peligros acechan por igual al activismo político intersex. Uno, la remedicalización intensiva de la intersexualidad, codificada desde el año 2006 como conjunto de “trastornos del desarrollo sexual”. Otro, la persistencia del recurso a la víctima como estrategia ética y política. Ambos peligros nos amenazan al mismo tiempo, forman parte de un mismo presente –a la vez antiguo y por venir. Frente a estos peligros no podemos ser buenos –en este teatro de operaciones no hay cuartel. No podemos, sobre todo, ni demandar solidaridad, ni recibirla. La solidaridad ajena nos coloca, una y otra vez, en el lugar de quien es otro, esencialmente distinto de ése que viene dulcemente a ofrecerla y que se lleva, a cambio de su ofrenda, la certeza tranquilizadora de su ajenidad solidaria. Supuestos merecedores de esa solidaridad, el merecimiento nos cristaliza en la posición de aquéllos que, por una razón u otra, sufren la diferencia que encarnan, incapaces de convertirla en otra cosa que en ocasión para la solidaridad ajena. No hay espacio en esta solidaridad para un cuerpo intersex –cortado o no cortado– que desea y es deseado, que toca y es tocado, que lame y es lamido, que coge y que es co-

gido. En el día de la solidaridad para con nosotros no hay modo de enviarnos los cromosomas, de ansiarnos la entriepierna, de proponernos averiguar si el culo es o no es un agujero intersexuado. No hay porno, ni paja, ni un buen polvo, ni siquiera dos dedos cruzados pidiendo la suerte de cruzarse por ahí con un hermafrodita de cumpleaños.

Dado que el día internacional de solidaridad con los intersexuales coincide con la fecha del nacimiento de Herculine –intersexual de fama si es que existen– yo propongo, en principio, dejar la solidaridad para otro día y festejar el cumpleaños como se debe, con una fiesta. Hay que celebrar que somos éstos y esto, y no otros y aquello –sin pena, sin vergüenza, con esa alegría festiva que el mundo todavía no nos conoce y para la que, según parece, está de todo, menos preparado. Es cuestión de animarse: tenemos un año entero para prepararla. En el 2009 que viene Herculine cumple 171 años, y nada mejor que un capicúa impar para un fiestón intersex con ganas.

(Y a no preocuparse, para la solidaridad siempre habrá tiempo y lugar: cientos y cientos de globos para inflar y ni que hablar de los platos, vasos, pisos y sábanas que lavar para cuando todos se vayan).

Publicado en SOY, suplemento de diversidad sexual de *Página 12*, el 14 de noviembre del 2008, bajo el título "Ninguna víctima".

Acerca del autor:

Mauro Cabral es escritor. Cursó la licenciatura en historia por la Universidad Nacional de Córdoba y es doctorando en filosofía por la misma universidad. Su trabajo de investigación está centrado en las economías jurídicas de las biotecnologías de modificación corporal. Coordina el Area de Observatorios de Mulabi y, junto a Paula Machado, el Consorcio Latinoamericano de Trabajo sobre Intersexualidad. Es miembro, además, del Grupo del Jueves (espacio que trabaja en pos del acceso de las personas trans a los sistemas públicos de salud y educación), del colectivo Hombres Trans en el Activismo y del espacio sadomasoquista Pero voy a misa. Nació y vive en Córdoba, Argentina.

Contacto: mauro@mulabi.org

Hoy, en este mundo

Hacer activismo intersex es la cosa más fácil y más difícil del mundo. Es fácil. La fantasía de que existen individuos que nacen con los dos sexos late en la imaginación de una cantidad innumerable de personas (y hay quienes creen que “salvarlos” es, de algún modo, como salvar el mundo perdido de los unicornios). Es difícil. No existen individuos con dos sexos, pero sí individuos que nacen con cuerpos en los cuales la diferencia sexual promedio no se encarna. Seamos sinceros: no es lo mismo nacer con un clítoris “muy largo” o un pene “muy corto”, sin vagina o con la abertura de la uretra cerca de los testículos y lejos de la punta del pene, que ser un unicornio. Es fácil. Cuidar la diversidad se ha vuelto en los últimos tiempos un imperativo ecológico y ya se sabe: los intersex somos parte integral del bestiario de la diversidad terrena. Es difícil. La diversidad es maravillosa como consigna, pero en la práctica hay más de un cuerpo que no es una buena noticia ni para uno ni para los otros, y así no hay maravilla de la diversidad que llegue muy lejos. Es fácil. Nadie mutilaría a un niño o a una niña, ni creería que mutilar es algo bueno. Es difícil. Si la intervención destinada a normalizar la apariencia de los genitales de esos niños y niñas la ordena un médico y tiene lugar en un hospital, entonces no es mutilación. Es fácil. La intersexualidad supone un par de promesas que emocionan y esperan a la gente: la promesa de la posibilidad de elegir, desde un principio, quiénes somos; la promesa de emanciparnos, por fin, de la ley binaria del género. Es difícil (más difícil que la mierda). Si la posibilidad de elegir quiénes somos (tan irreal como los unicornios) depende del cuerpo con el que se nace, entonces esa posibilidad está tan determinada como la de cualquier otro destino bajo el sol; si la emancipación depende de esas variaciones corporales que la gente llama intersex, entonces se trata, otra vez, de la misma ley bajo la forma de una promesa engañosa. Es fácil. Mucha gente se compromete con la defensa de los derechos de los indefensos. Es difícil. Esa misma gente suele mostrarse más que renuente a dejar que esos indefensos, alguna vez, puedan defender en primera persona sus propios derechos. Es fácil. Todo el mundo es solidario con nosotros. Es difícil. Todo el mundo es solidario con nosotros mientras no digamos la verdad:

nosotros somos ustedes. Es fácil, facilísimo. Las minorías exóticas estamos de moda. Es difícil, si no imposible. La gran mayoría de intervenciones quirúrgicas normalizadoras afectan a niñas y a mujeres, o son intervenciones feminizantes que adaptan cuerpos masculinos fallados a versiones machistas y misóginas de cuerpos femeninos (y, aun así, las cuestiones intersex no forman parte de ninguna agenda de género). Es fácil. La intersexualidad ha funcionado durante décadas como un referente histórico o una metáfora carnal de la homosexualidad. Es difícil. La homonormatividad nos castiga con dureza infinita. Es fácil. Todo el mundo entiende que alguien que fue mutilado dedique su vida a impedir que lo mismo les ocurra a otros. Es difícil. Nadie entiende que el activismo y la supervivencia van, demasiado a menudo, por carriles opuestos. Es fácil. Cifrar el triunfo de un movimiento político en la evitación de cirugías no consentidas en niños y niñas es irse a dormir acunado por la corrección política y la buena conciencia. Es difícil. Saber que esos niños y niñas no intervenidos tendrán que vivir, con sus cuerpos y en este mundo, es la pesadilla.

6 de febrero. Día Internacional de la Cero Tolerancia con la Mutilación Genital Femenina. Es fácil. Es difícil. Es posible.

Publicado en SOY, suplemento de diversidad sexual de *Página 12*, el 6 de febrero de 2009.



C o n v e r s a c i o n e s



Con voz propia

Conversación con Natasha Jiménez

Soy Natasha Jiménez, intersex y costarricense de toda la vida, y activista desde hace más de veinte años. Nací en un país paradisíaco, bañado por dos mares y por una doble moral también, donde si entras ligeramente dentro de los cánones de la “normalidad” sos al menos tolerado y si no te jodiste.

Vine al mundo un 21 de octubre, hace ya bastantes años; nací en un hospital de San José, la capital de mi país Costa Rica. El médico decidió a ojo de buen cubero que yo era hombre, y en mis primeros años de vida mis padres trataron de programarme como tal, lo que no se esperaban era que otras fuerzas (naturales o sobrenaturales), tenían otra cosa preparada para mí. Creo que mi madre fue la única que siempre intuyó mis diferencias y especificidades; caso contrario con mi padre, que ante la impotencia que sentía al ver que yo no me convertía en el macho tico¹ que replicara su camino de alcoholismo, violencia y agresión, intentó matarme en dos ocasiones cuando yo era muy pequeña y me mantuvo secuestrada sólo por hacerle daño a mi madre.

En mi niñez no sólo estuve expuesta a este tipo de situaciones, que ya de por sí son bastante duras; el simple hecho de ser una niña trans/intersex, me expuso a abusos sexuales por parte de vecinos y familiares, y sí podría asegurar que los ofensores intuyen esas cosas, lo ven en nuestros cuerpos, en nuestros rostros, en nuestra soledad y aislamiento. Ya en la adolescencia las cosas empeoraron debido a que mi cuerpo no se desarrollaba como el género y el nombre que me habían asignado dictaban. Mis compañeros golpeaban mis pechos sólo para ver si se estallaban, ya en sus peque-

¹ Modo local de nombrar a un nativo de Costa Rica (N del E).

ñas cabezas no cabía que un hombre pudiera tener pechos y caderas pronunciadas, a no ser que fueran bolsas de agua que ellos tenían todo el derecho de explotar. Podría seguir relatando mil y una historias de dolor pero creo que este no es el espacio y más bien les hablaré un poco de la labor que he realizado a favor de poblaciones que como yo, hemos sido de alguna manera marginalizadas y discriminadas.

Creo que, a pesar de todo, siempre tuve conciencia social y, saliendo del colegio, estuve de voluntaria impartiendo clases de arte y manualidades a niños y niñas en estado de pobreza o que sus padres se encontraban privados de libertad. Más adelante, participé en un grupo de auto ayuda para población BGLT que tenía el CLUB 700 (Grupo cristiano), y me capacité en su línea de apoyo; luego la vida y un amigo me llevaron a capacitarme en otra línea de apoyo, pero esta vez era para atención en crisis, prevención e información del VIH/SIDA, como un programa de la Asociación de lucha contra el SIDA (de la que fui secretaria se su junta directiva), la cual más adelante se convirtió en el ILPES (Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud). En esta institución trabajé alrededor de cinco años en diferentes áreas como: operadora de la línea telefónica “Con Vos”, asistente de pacientes terminales de SIDA en los hospitales nacionales, coordinadora del centro de documentación, charlista en colegios y universidades sobre el tema de la prevención del VIH/SIDA. Cuando salí del ILPES, fui por un breve tiempo, asistente de un reconocido abogado gay de mi país, y después de eso, mi familia y yo sobrevivimos cuidando niños en nuestra casa, cosa que no duró mucho ya que algunos padres no podían darse el lujo de que sus niños tuvieran un ejemplo como yo.

En este caminar llegue a la Asociación Triángulo Rosa, de la que fui coordinadora del área de Derechos Humanos, la cual comprendía un espacio para mujeres bisexuales y lesbianas, el grupo Matices, que era el primer grupo organizado de personas bisexuales de Costa Rica, el Café de los Sábados, que era un espacio para hombres gays y además me encargaba de las actividades especiales y del diseño y elaboración del material publicitario y educativo de la organización. En esta institución laboré como por dos años y un resto, luego de esto pasé a ser la asistente del director del periódico

“GAYNESS” para un proyecto específico y después de eso llegué a CIPAC (Centro de Investigación para América Central en Derechos Humanos) En CIPAC empecé como parte del proyecto de la Red Regional Lésbica Centroamericana y luego me trasladaron al área de guías, donde funcioné como guía transgénero hasta que recibí la maravillosa oportunidad de asistir al Instituto Trans e Intersex en Córdoba, Argentina, por medio del cual conocí otras realidades latinoamericanas y me permitió vincularme con otras organizaciones.²

En este momento, soy parte de MULABI/Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos, de la cual coordino el programa NANAEG (Niños, niñas y adolescentes que no se apegan a las expectativas del género) en Costa Rica.

MC: Una de las experiencias más poderosas que implica para mí reconocirme con una persona intersex es la de sentir que a mi alrededor no hay muchas otras personas que se reconozcan del mismo modo –y, en general, la de sentir que hay muy pocas y, muchas veces, ninguna. Y aunque conozco personas con historias intersex, somos poquísim*^s l*s que politizamos esa historia, transformando nuestras experiencias en contenidos políticos. Vos sos una de ellas, más aún, la única voz intersex en el espacio público centroamericano, y una de las escasísimas en Latinoamérica y en el mundo de habla castellana. ¿De qué modo esta soledad atraviesa tu propia experiencia como activista? ¿A qué la atribuí? ¿Creés que alguna vez será posible revertirla?

NJ: A veces me siento como una luciérnaga en medio de la noche, tratando con todas mis fuerzas de disipar la oscuridad, esa oscuridad que es producida por la desinformación, por el odio, por la ridiculización, por la discriminación. Es difícil enfrentar esta lu-

² La Memoria del Instituto en castellano y portugués puede obtenerse en el sitio web de la Comisión Internacional para los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC), www.iglhrc.org

cha cuando tenés todo en contra y no tenés una red de apoyo que te acoja, y no culpo a otras personas intersex de no querer “hacer su salida a escena”, siempre hemos sido objeto de burla, de morbo y de vergüenza; somos lo que se debe ocultar de los vecinos y familiares, somos el secreto que se debe guardar. En la medida en que otras voces intersex se levanten y se concientizen de a pesar de que la lucha es dura si se pueden alcanzar logros, creo que la mayor ganancia que podemos esperar de nuestra labor es el servir de ejemplo a otr*s.

Como en el caso de la mayor parte de las personas intersex has sufrido distintos tipos de violencia a lo largo de tu vida; violencias que, hasta hoy, no encontraron reparación alguna. Y es que experiencias tales como la mutilación genital y la violencia sexual no parecen ser “reparables” en un sentido convencional de la justicia. ¿Creés que hay justicia para nosotr*s? Y si así fuera, ¿cómo crees que podemos lograrla? ¿Qué tipo de activismo intersex evitará, en tu opinión, que las violencias que nosotr*s sufrimos se repitan en la vida de otras personas?

Me parece que la mejor forma es el apropiarnos de todos los espacios posibles y utilizarlos como foros, donde denunciemos las diferentes clases de violencia que sufrimos, y ojalá con pruebas, con documentación, con información veraz, con testimonios, esto aunado a nuestra mera presencia, que ya de por si crea un impacto en la gente y ven que el objeto de tantas violencias tiene un rostro humano. Cuando sufrimos los efectos de la violencia en mil maneras, llegamos a pensar que no somos sujet*s de derechos y que la justicia es algo muy lejano, que no es para nosotr*s, pero en la medida en que tomemos conciencia de que no somos l*s otr*s, de que somos parte de la sociedad y que con nuestro activismo podemos ir haciendo que esa sociedad sea más equitativa, ya habremos dado el primer paso.

No podemos si quiera empezar un activismo intersex si no nos fortalecemos primero; la seguridad y la confianza en nuestras potencialidades, son nuestras mejores armas en esta lucha.

Identificarse y tomar la palabra como activista intersex suele

ser un paso arriesgado puesto que, muchas veces, implica que nuestr*s interlocutor*s dejarán de tomarnos en serio –en particular, cuando se trata de profesionales de la medicina o del derecho. Algo similar ocurre cuando lo hacemos en otros contextos, como el del periodismo o el del activismo de derechos humanos. Pareciera que sólo contamos como “casos”, y los “casos” no producen saber, sólo ejemplifican el saber de otr*s. ¿De qué modo subvertís, en tu activismo, esa matriz de “clasificación”? ¿Qué creés que podemos hacer para ser vist*s y escuchad*s de otro modo?

La mejor forma de subvertir esa matriz es dándole el lugar que se merece a mis vivencias, que son las que me dan la potestad de hablar con autoridad desde la intersexualidad. Ell*s no son intersex, no pueden venir a decirme como y que debe ser una persona intersex, estas personas sólo repiten como loras lo que han leído, lo que les han contado o lo que han bajado de internet. Estas personas no se esperan que los “casos” tengan voz propia y que lo que esos “casos” dicen les trae abajo muchos de sus conceptos errados. Claro que aunque firmemente creo en el poder de mis vivencias, también es importante que nos preparemos, que nos instruyamos para poder defendernos de estas personas utilizando su propio lenguaje y que sus argumentos sean una herramienta a nuestro favor.

A lo largo de los últimos años te has convertido en alguien reconocida en Latinoamérica y más allá de sus fronteras tanto por tu activismo como por calidad como artista. ¿De qué modo se relacionan ambas experiencias en tu vida?

Mi “calidad de artista” como la llamás no es algo gratuito, el expresarme a través del canto o la pintura, es la forma que encontré para canalizar mis penas y dolores, y ahora las utilizo como parte de mi activismo. Mi voz no sólo es el instrumento para denunciar o informar, también si se quiere ver de esa manera, es el gancho con el que les muestro que no soy sólo unos genitales mutilados con piernas, que podemos aportar mucho a esta sociedad; y en la pintura puedo plasmar imágenes que expresan más que lo que pueda salir de mi boca.

El vocabulario de los derechos humanos parece referir siempre, de manera implícita o explícita, a una humanidad conformada por hombres y mujeres con cuerpos *standard*, una humanidad en la que nuestros cuerpos no tienen ni cabida ni representación (como no sea bajo la lógica de la patología o la monstruosidad). ¿Creés que el activismo de derechos humanos en nuestro lugar? ¿Cuál el sentido de lo “humano” para vos? ¿Creés que podemos contaminar esa identificación entre humanidad sexuada y cuerpos *standard*? ¿Podemos usar ese vocabulario a nuestro favor?

Es importante que nos dejemos de ver como l*s otr*s, como l*s monstruos o l*s enferm*s, y empezar a vernos como parte de esta humanidad, esta humanidad que para bien o para mal también es nuestra, y hacerle ver a esta “humanidad” que es más diversa de lo que ella cree. Los derechos humanos son un eje que atraviesa todas las áreas de nuestras vidas y debemos apropiarnos de ellos. Ya es hora de perder el miedo de “contaminar” las identificaciones que se han manejado hasta ahora, es tiempo de confrontar a esta humanidad, con una humanidad “muti sexuada” y con cuerpos que ya no son tan “estándar”.

Es necesario incidir e insertar nuestro propio vocabulario dentro del de los derechos humanos, para con nuestros aportes ampliar el concepto de lo “humano”.

La intersexualidad está siendo incorporada progresivamente a las agendas gay-lésbicas en la región. ¿Cuál es tu opinión respecto de ese proceso? ¿Debemos promoverlo, integrándonos en una fórmula más general (como “gltb”), o debemos mantener la especificidad de nuestra agenda?

Definitivamente debemos mantener la especificidad de nuestra agenda, sino caeríamos en lo que han caído muchos grupos trans, que son absorbid*s por las organizaciones lesbi – gay, y al final son totalmente invisibilidad*s; o peor aún, si son tomad*s en cuenta, es para llenar estadísticas de los “Hombres que tiene sexo con hombres” o para solicitar algún financiamiento. Tomemos en cuenta que los movimientos más grandes y organizados van a querer priorizar sus intereses ante los nuestros.

Se que es difícil organizar un movimiento sin alianzas estraté-

gicas, pero debemos tener la claridad de que son eso “alianzas”, con las cuales podemos emprender luchas comunes y apoyarnos mutuamente en la solidaridad, pero no sumergirnos de lleno en esa fórmula general porque nos perdemos y terminamos perdiendo nuestro norte.

¿Cuál deberían ser, a tu entender, las prioridades de una agenda intersex en Latinoamérica?

- Primero que nada el posicionamiento de la temática intersex.
- Promover la incorporación de la temática en otras agendas.
- Re- educar al sector salud que está vinculado con la población intersex.
- Crear y promover un protocolo de atención a las personas intersex dentro de los centro de salud.
- Incidir en acciones legales para que los procesos de “cambio de nombre” en las personas intersex adultas, sea más rápido y fácil.
- Incidir en las políticas públicas en salud, para que la temática intersex esté presente
- Crear o fortalecer redes de apoyo entre organizaciones o personas intersex.
- Fomentar la participación de nuev*s lideres intersex.

Si bien las experiencias intersex se parecen mucho a lo largo y ancho de Occidente, lo cierto es que el lugar donde nacimos y vivimos configura mucho de su especificidad. ¿Qué significó para vos ser una persona intersex en Costa Rica?

Desgraciadamente ha conllevado mucha pena, dolor y rechazo. Ser intersex significó un intento de homicidio a mis dos años de edad por parte de mi padre alcohólico, significó rechazo por parte de abuelos, tíos y primos, significó el tener que estar escondida y tener como única compañera de juegos a mi hermana, significó no poder celebrar mis cumpleaños, significó reiterados abusos sexuales y violaciones, ha significado ser el objeto de burlas, agresiones y un sin fin de discriminaciones; ha significado el ser acosada, desacreditada, utilizada.

PERO, como diría Mercedes Sosa “Quien dijo que todo está

perdido”, el ser intersex ha significado el aprender de todas mis vivencias, el sentirme cada vez más fortalecida, el reconocer mis potencialidades, el saber que siempre puedo seguir adelante y resurgir de las cenizas y hacerle honor al significado del nombre que elegí “Natasha” (la que renace)

¿De qué modo se relacionan para vos la intersexualidad y tu propio estilo de feminidad?

Creo que el ser intersex y mis propias realidades, me ha permitido construirme en una manera muy particular, única, de hecho me considero fuera de toda norma; y ese estilo de feminidad, es posible que se lo deba en parte a mi mamá y hermana, una amalgama de ambas, aderezada con un poco de locura, dando como resultado a Natasha.

Hace unos meses atrás estuviste en Argentina, y tuviste la oportunidad de ver la película XXY en el cine. ¿Qué pensás de la película? ¿Creés que aporta a nuestro activismo? ¿Qué críticas querrías hacerle? ¿Creés que vale la pena verla? ¿Por qué?

La película es sumamente valiosa desde el punto de vista de la visibilización de la temática. Debemos reconocer la iniciativa del equipo de producción y la dirección del filme ya que son poc*s l*s que se atreven a poner este tipo de realidades sobre la mesa. Si pienso que la trama está un poco floja, que el público merece una preparación previa o posterior para que asimilen el concepto y no salgan con ideas más erradas de con las que entraron, pero aún así valoro la iniciativa. Creo que podemos utilizarla como una herramienta apreciable en la medida en que nos daría pie para hablar del tema e ilustrar con sus imágenes, conceptos que para mucha gente son de difícil comprensión.

Contacto: natashajimenez@racsa.co.cr



Una cuestión ética

Conversación con Marcelo Silberkasten

Nací en Morón, Provincia de Buenos Aires, soy psicólogo egresado de la Universidad de Buenos Aires, pero hice prácticamente toda la carrera durante la dictadura militar, por lo que nuestra generación halló un método absolutamente creativo de estudio frente al vaciamiento universitario: compensábamos con grupos de estudios sobre autores psicoanalíticos en consultorios de psicoanalistas destacados de la época. Al recibirme ingrese como residente en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, lugar en el que continúo trabajando como psicólogo de planta en el área de interconsulta, esto es, con niños internados por diversos motivos. Mis trabajos giran en consecuencia en torno a esta experiencia, la preparación psicológica en niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente, las implicancias subjetivas de una internación, las problemáticas institucionales, y por mi trabajo especialmente con sujetos que padecen algunas discapacidades motoras se edito un libro de mi autoría en el 2006, *La Construcción Imaginaria de la Discapacidad*. En función que ser interconsultor en áreas quirúrgicas y en endocrinología me fui asimismo involucrando en la temática de la intersexualidad.

MC: En abril del 2007 tuve la oportunidad de asistir a tu exposición d en el Simposio Avances Recientes en Trastornos de la Diferenciación Sexual y Trastornos Relacionados.¹ Uno de

¹ Nota del Editor: El Simposio fue organizado por la *Serono Symposia International Foundation*, y se realizó en el hotel Sheraton de Buenos Aires entre los días 19 y 21 de abril del 2007. Se trató de un evento claramente *cerrado* –no sólo por la especificidad de la temática abordada, sino por el carácter restringido de su publicidad y su propio costo (la inscripción superaba los 300 dólares). En consecuencia, tanto en el público como en la tarima se registró una presencia prácticamente homogénea de profesionales médic*s, provenientes en su mayoría del campo de

los aspectos sobresalientes de esa exposición lo constituye, sin dudas, tu firme posición en contra del secreto como práctica médica en el contexto del tratamiento de la intersexualidad. ¿En qué fundamentos se basa esa posición?

MS: Es básicamente una cuestión ética pero también pragmática si es que se puede separar una de la otra...

Creo que la cuestión ética no tiene mayor discusión, en el sentido que todo sujeto, y yo considero a un niño un sujeto, tiene derecho de conocer sus orígenes y lo que lo concierne en cuanto a su identidad.

Para los psicoanalistas que trabajamos con niños el secreto sobre la situación de intersexualidad de un niño en cuestión nos remite a la situación que se vivía antes de la década del 70 con los niños adoptados. El paralelismo del caso es obvio, me refiero a lo siguiente: hasta esa época se consideraba dentro de las prácticas pedagógicas y de puericultura adecuadas que lo mejor para un niño era no transmitirle ningún tipo de información sobre sus orígenes (que era un hijo adoptivo) ya que le podría producir un nivel de angustia imposible de elaborar y en consecuencia sería una información traumática.

Lo llamativo del planteo es que no venía acompañado con ningún estudio (ni serio ni poco serio) que avalara esa posición. Y lo llamativo es que tanto en la situación de intersexualidad como en la de adopción se trata de negarle al niño información sobre su origen, negarle asimismo información sobre aspectos identitarios ora familiares, ora sexuales, y que el argumento usado en ambos casos es que se hace “por el bien del niño” en cuestión, cuando es obvio que lo que se busca evitar es la angustia de los adultos involucrados.

El campo está plagado de mitos llamativos que se repiten y que socialmente están constituidos a través de imaginarios específicos. En el caso de la adopción el más frecuente es que no se le debía

la biología molecular aplicada a la endocrinología. El Simposio constituyó una oportunidad ideal para observar la relación inalterada entre los cuerpos infinitamente *moleculares* del abordaje centrado en el vocabulario de los *trastornos de la diferenciación sexual* y las recuperaciones netamente *molares/morales* de esos mismos cuerpos –allí donde conviven, por ejemplo, nomenclaturas *moleculares* de la carne con el reconocimiento de la heterosexualidad como orientación sexual “normal”. Agradezco profundamente al amigo que me permitió entrar, observar y registrar.

decir su verdadero origen porque, además, cuando fueran grandes iban a rechazar a los padres adoptivos e iban a buscar o irse con los padres gestadores. O sea un escenario a futuro imposible de corroborar en el presente.

La clínica con niños nos mostró una situación radicalmente distinta: los niños conocedores de su situación de origen no salen en búsqueda desesperada de sus gestadores, a menos que el vínculo con los padres adoptantes sea francamente conflictivo. Por otro lado, no veo qué tendría de malo querer conocer a sus padres gestadores, pero de hecho esa situación no se da casi nunca excepto, repito, si la situación con los adoptantes se terriblemente conflictiva.

Lo traumático y conflictivo no es dar información al niño, sino negársela.

Para el psicoanálisis el silencio, la falta de entramado simbólico, genera condiciones de posibilidad mucho mayores para lo traumático, y no a la inversa. Una palabra permite ligar experiencias, la falta de palabra imposibilita la circulación, y si esta ausencia está asociada a un enigma aun más.

La clínica nos mostró que los niños que carecían de información o de palabras adecuadas sobre su origen se encontraban en situaciones claramente traumatizantes, ya que quedaba solo a merced de sus propios fantasmas. Por ejemplo, se daba una alta proporción de niños con problemas de aprendizaje cuando no sabían sobre sus orígenes. Muchos años de trabajo –la pionera en esto fue en nuestro medio Eva Giberti– permitieron reflexionar sobre una información que no consista en tirársela por la cabeza al niño, sino en una información continente, tanto continente tanto para los padres como para el niño en cuestión.

Pero esto no sólo ocurre con la adopción o la intersexualidad; en nuestro hospital vemos que los niños infectados con el virus HIV carecen de información sobre este hecho. Los padres y los médicos consideran no sólo innecesario, sino también perjudicial dar dicha información al niño –con distintos argumentos, desde los supuestamente legales (absolutamente falsos, vale aclarar) hasta el mismo que se plantea con los niños intersex o adoptados: que por el bien del niño.... que la información es potencialmente traumática.... bla bla.

Al principio, como la transmisión del virus era vertical, esto es, de madre infectada a feto o a bebé, a partir de una madre que, en general, no se cuidaba de su enfermedad o ni siquiera sabía que la padecía, algunos psicoanalistas postulaban que la culpa de los padres genera las condiciones para dicho silenciamiento. Por otro lado, algunos padres amenazaban en no concurrir más al hospital si se le daba dicha información al niño, o inclusive adolescente, en cuestión. Pero nos encontramos que niños contagiados por transfusiones sanguíneas (o sea con padres que no eran de ninguna manera culpables de que el niño este infectado con HIV/SIDA) también se negaban y se niegan rotundamente a dar dicha información a sus hijos.

Descartada la culpa como principio explicativo, quedo la idea de la información es angustiante por la carga de muerte que implica. Error. Son muy pero muy pocos los niños que hoy día fallecen por HIV. Por otro lado otras condiciones clínicas, como por ejemplo la enfermedad fibroquística, son absolutamente mortales en el mediano plazo y sin embargo todos los niños tienen la información acerca de la enfermedad y el nombre de la misma. Lo mismo con la leucemia. Pero no con el cáncer, donde se vela el nombre. Inclusive en los medios masivos de comunicación donde jamás se dice “murió de un cáncer” sino “murió de una larga y penosa enfermedad”. Lo que nos lleva a que hoy día hay enfermedades y condiciones clínicas que están veladas al conocimiento y otras no, no guardando correlación con el hecho que sea mortal o no, no guardando correlación a si los padres son responsables o no con lo que le sucede al niño. Tanto es así que los médicos denominan “develamiento” al hecho de informarle a un adolescente que tiene HIV, pero jamás dirían lo mismo si el adolescente se le desencadena una diabetes, ahí se denomina “informarle”, no develarle. Entonces cierta información, bajo ciertas condiciones, es un develamiento, mientras que en otras condiciones es información. Las condiciones no es si la enfermedad o condición clínica es crónica o aguda, si es mortal o no, si es hereditario o genético o no, sino claramente en tanto lugar social que la problemática tiene.

El Simposio en Buenos Aires fue la primera presentación “oficial” del *Consenso de Chicago* y su nuevo vocabulario (o, en

realidad, de su nueva manera de organizar esa realidad que nombramos como intersexualidad y ahora deberíamos nombrar como “trastornos de la diferenciación sexual”. ¿Cuáles son, a tu juicio, los cambios principales que introduce este cambio? ¿Es posible que conduzca a una remedicalización de la intersexualidad?

El termino “genitales ambiguos” era, en ese sentido, mucho más cristalino en tanto el lugar que ocupa el Otro. Lo ambiguo era frente a la mirada del Otro, que se veía interpelado y cuestionado en su sistema clasificatorio.

Cada situación y cada cuerpo, son absolutamente heterogéneos, las problemáticas genéticas y endocrinológicas son todas tan radicalmente diferentes que lo que queda como obvio es que los términos “genitales ambiguos”, “intersexualidad” o “trastornos del desarrollo sexual” envuelven bajo una misma categoría aquellos sujetos que interpelan y cuestionan fuertemente los sistemas clasificatorios y normativos de su sociedad de pertenencia. Es lo único que tienen en común.

A mi el termino “trastorno” (disorder) me genera mucho ruido.

La palabra trastorno es la que se usa actualmente en la psiquiatría del sistema clasificatorio psiquiátrico norteamericano, el DSM IV. Allí todos los cuadros clínicos son definidos en términos de trastornos, trastorno disatencional, trastorno fóbico, trastorno conversivo, trastorno somatomorfo, etc. En ese sentido se podría llegar a pensar, aunque no lo tengo claro, que más que remedicalización se produce una psiquiatrización (aunque los psiquiatras ni estén enterados de esto). Ahora bien, para que un trastorno sea denominado como tal en el DSM IV es necesario que la situación genere un “malestar clínicamente significativo” en el sujeto en cuestión. Y habría que ver si eso es lo que sucede con el “DSD”. Y cuál es el origen de dicho malestar. Si proviene del sujeto o del sistema de ideales sociales o del sistema normativo social.

Una de las mayores dificultades que enfrentamos l*s activistas intersex es la cerrazón de l*s profesionales médic*s a la escucha de tod*s aquell*s que no somos médic*s –y, mucho más, a la escucha de aquell*s que cargamos con el status de pacientes o ex

pacientes. ¿De qué modo te parece que sería posible abrir y expandir las posibilidades de esa escucha? ¿Confiás en la posibilidad misma de ese diálogo, en las condiciones actuales de interlocución?

Creo, sin ser un estructuralista, que la caída de las grandes narrativas también recae en la medicina. Las relaciones entre médicos y pacientes se ha democratizado. En las últimas jornadas del hospital de Niños hubo una mesa enteramente dedicada a bioética, y tuvimos una invitada norteamericana especialmente convocada para hablar de la constitución de los comités de bioética. Lo interesante de la cuestión es que los comités están integrados entre otros por “representantes de la comunidad”. esto es, sujetos que no son profesionales de la salud. Que sean o no realmente representantes de la comunidad a la que pertenecen es un tema complejo, que fue tema de debate, pero lo interesante es que dichos comités cada vez tienen mas poder y donde sujetos que no son profesionales de la salud intervienen con voz y con voto. Vale aclarar que, actualmente, y esto desde hace realmente muy poco tiempo, todos, absolutamente todos por lo menos en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, los protocolos de investigación tienen que estar avalados y aprobados por los comités de bioética, y la mayoría de las revistas científicas solo acepta trabajos si están avalados por dichos comités.

En lo que hace a las acciones médicas en si, los tratamientos o decisiones de intervenir en un sentido u otro, los comités ya no tienen poder de “veto” sino simplemente sugieren líneas de acción. Vos te preguntarás porque esto es así. Yo también me lo pregunto y no tengo respuesta, pero lo anterior ya es un avance: para aceptar un protocolo de investigación es necesario el aval de un comité de bioética, si bien en el caso de intervenciones medicas ya no es necesario y estos solo dan sugerencias no vinculantes

Los médicos, en mi opinión, son representantes ideológicos de la sociedad. No estoy de acuerdo con ciertas críticas del orden del hablar del “discurso medico” o del “modelo medico hegemónico”, es la sociedad en su conjunto que sostiene ideológica y económicamente las practicas que los médicos realizan. No son los malos de la película y por cierto tampoco los héroes. Los padres de un niño nacido intersex son los que van a solicitar a los médicos que

pongan orden, que normalicen, ya que son ellos los que no toleran un niño ubicado en los márgenes del sistema clasificatorio del cual ellos están imbuidos. Y por cierto los médicos tampoco toleran.

Quienes abogamos por el cese de las intervenciones practicadas para “normalizar” la apariencia de los genitales de niñ*s intersex en su infancia –y sin su consentimiento– lidiamos con fantasmas culturales recurrentes. Uno de los más persistentes es el fantasma del “daño psíquico” producido por el sufrimiento de tener un cuerpo diferente, frente al cual las posibilidades de “daño psíquico” producidas por la propia intervención quirúrgica aparecen minimizadas. ¿De qué modo sería posible intervenir en esta economía imaginaria del daño?

La antropóloga Mary Douglas plantea que una sociedad puede ser analizada de acuerdo a que riesgos evalúa como necesarios, como aceptables para la vida cotidiana y a cuáles se le debe tener una alta aversión. Al mismo tiempo las ciencias sociales plantean que en general se da una desvalorización de la percepción de riesgo de actividades cotidianas (como tomar un colectivo) y una percepción del riesgo maximizada en situaciones extraordinarias (como tomarse un avión).

El fantasma de daño psíquico por tener un cuerpo diferente sólo puede ser modificado, en mi opinión, en la medida que se produzca un proceso de visibilización y de cotidianidad con lo diferente. Que la diferencia sea parte de lo cotidiano y no de lo extraordinario. Que lo diferente sea habitual, normal, no en el sentido normativo de la palabra “normal” sino en el sentido de lo “esperable o posible de ser esperable, no extraordinario”. El problema es que la sociedad planea procesos homogeneizadores, donde se borra la diferencia en muchos de sus estamentos.

A pesar de la evidencia contraria, la mayor parte de las personas (incluyendo a la mayor parte de l*s profesionales *psi* y *médic*s*) continúan sosteniendo una relación necesaria entre el cuerpo y la identidad; esa relación hace suponer que niñ*s cuyos cuerpos no se “ajusten” al promedio femenino o masculino desarrollarán formas patológicas de la identidad –o que-

darán, simplemente, sin identidad. ¿Creés posible desafiar ese orden cultural de necesidad? ¿Es posible desafiarlo, por ejemplo, en la práctica clínica hospitalar?

Yo creo que la identidad es una construcción históricamente determinada, esto implica que también esta corporalmente determinada ya que el cuerpo no es un dato menor y es un cuerpo marcado por un tiempo y un espacio determinados. Pero obviamente no es el único elemento. Plantear que lo genético determina la identidad no me parece errado siempre y cuando no sea el único elemento interviniente. Creo que no hay una relación de necesidad pero si de doble dirección de implicación, el cuerpo construye identidad y la identidad construye cuerpo, pero no de forma exclusiva. Hay infinidad de elementos que intervienen en la identidad algunos más importantes y centrales que otros. Creo que el cuerpo es central pero no es el único, por ejemplo podemos nombrar la presencia o la ausencia de madre, de padre. Y qué tipo de presencia y qué tipo de ausencia; a su vez los duelos y las pérdidas son fundamentales para las identificaciones, según la concepción del psicoanálisis.

Ahora bien, realizar el salto que aquel que no se ajuste al promedio masculino o femenino van a desarrollar formas patológicas de identidad es de un nivel de irresponsabilidad evidente.

Me pregunto más bien como darle a un sujeto infantil mayores elementos para arreglarse en la vida, en algunos casos la intervención quirúrgica puede contribuir y en otros francamente obstaculizar, impedir o dañar. En ese sentido no estoy de acuerdo con seguir burocráticamente ningún protocolo ni quirúrgico ni no quirúrgico.

Los hospitales públicos han sido centrales en la introducción de cambios radicales a nivel de la salud pública. ¿Creés que eso puede ocurrir también con el manejo médico de la intersexualidad? ¿Por qué?

Me parece necesario aclarar un malentendido. Los principales logros sanitario, como mejorar tanto la mortalidad como la morbilidad de la población en general no son órbita del hospital público (ni mucho menos del privado), sino de cuestiones sanita-

rias globales como agua potable, cloacas, vacunación masiva, y buena alimentación. Con solo estos cuatro elementos, del cual la vacunación es el único que toca tangencialmente al hospital, mejoraron todos los índices de salud en el mundo occidental.

Pero creo reconocer implícitamente en tu pregunta la idea que el hospital genera saberes e información a la población con el aval de discurso científico, discurso que todavía tiene una cierta dosis de valor para la sociedad. En lo que hace a cambios radicales, recuerdo que en el hospital donde trabajo (y en todos los hospitales pediátricos) hasta la década del 50 no se internaba a los niños con sus madres. Las madres solo concurrían en horario de visita. El argumento era que las madres podrían ser un foco de infecciones, (lo llamativo era que las madres sí, pero los médicos y enfermeras no!) Nuevamente se utilizaba para el control institucional el argumento del riesgo, la necesidad de evitar un riesgo a futuro. Florencio Escardo en Argentina lideró la cuestión de la internación conjunta y lo logro, aunque con terribles resistencias, entre otras cosas porque se apoyó en el hecho de ser vicerrector de la Universidad de Buenos Aires y decano de medicina en esa época.

Creo que el hospital publico se merece un debate sobre la problemática intersex: de que riesgos se habla, cuáles son, que se quiere evitar y que aval científico hay para sostener lo que se sostiene.

Hace algún tiempo atrás, en una conversación que sostuvimos, señalabas que cuando las personas conversan sobre intersexualidad la comunicación suele verse oscurecida por las resonancias que el tema tiene –o puede tener– para cada un* de l*s posibles participantes de esa conversación, allí donde viene a cuestionar certezas muy profundas en torno al cuerpo, la identidad y la sexualidad. ¿Es posible disminuir de alguna manera ese “ruido” en la comunicación? ¿O es posible, en cambio, tomarlo como una hipótesis de trabajo y utilizarlo, por ejemplo, para que cada participante explore su propio modo de verse involucrad* en la cuestión?

Yo creo que toda represión de la sexualidad es una represión más o menos exitosa, más o menos fallida. En todo contacto humano la relación se sexualiza y eso trae cierto nivel de angustia ado-

sado. Esta sexualización de los vínculos puede ser más o menos intenso más o menos presente, y la represión juega un papel primordial como así también sus derivados como por ejemplo la sublimación.

Esto es inherente a todo vínculo humano, creo que en el caso de la intersexualidad la comunicación puede tener dificultades ya que la represión esta estructurada de acuerdo a criterios socialmente avalados, y con anclajes imaginarios sostenidos también culturalmente, anclajes que la intersexualidad cuestiona, pone en jaque, haciendo tambalear un sistema que, en sí mismo, no esta apoyado siempre sobre soportes muy firmes. No digo que un simple soplo haga tambalear la estructura, pero la intersexualidad (como así también diversos modos de ejercicio de la sexualidad que se corran de los ideales de época) son un ventarrón bastante mas fuerte.

¿De qué modo organizarías el acompañamiento de una familia que se apresta a recibir o ha recibido a un/* nuev* integrante intersex?

Dándole la mayor información que disponemos y que la familia esté en condiciones de entender, dándoles entrevistas periódicas de seguimiento de la situación, estando dispuestos a estar con ellos cuando lo necesiten.

Creo que seria útil contactar a sujetos que ya pasaron por la experiencia, no sólo en el tema de la intersexualidad creo que valdría la pena probar un dispositivo de ese tipo: con otras problemáticas esto funciona muy bien (por ejemplo, en el caso de diabéticos, celiacos, sujetos con algunas discapacidades) pero la implementación es realmente muy dificultosa.

Contacto: marcelosilberkasten@hotmail.com



Saludos desde Puerto Rico. Mi nombre es Juan Carlos Jorge, soy investigador y profesor del Departamento de Anatomía y Neurobiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, el centro docente de educación superior más grande de la isla. Hace 8 años me dedico a la investigación en el campo de la neuroendocrinología conductual y a la enseñanza de anatomía abdominal y pélvica. Con el pasar del tiempo, mis conferencias se han ido centrando en la anatomía, la histología, y la embriología sexual. Esto me ha permitido integrar el tema de la intersexualidad en mi tarea docente. Por varios eventos en mi vida, mi carrera investigativa también se ha ido acercando al tema amplio de la intersexualidad. He descubierto que el trabajo de investigación en este campo me ha permitido profundizar y combinar temas que por mucho tiempo han sido de mi interés; neuroendocrinología conductual, diferenciación sexual, teorías de género, constitución del sujeto, sexualidad humana, historia de la medicina, y evolución de los sistemas de clasificación médica.

Como profesor, he tomado la iniciativa de crear cursos nuevos en la Universidad de Puerto Rico; “La Ciencia del Sexo”, “La Biología del Género”, y “La Embriología Humana durante los Siglos XVI-XIX”. La inclusión del tema de la intersexualidad en estos cursos ejemplifica para los estudiantes claramente los supuestos biomédicos que intentan explicar, clasificar, y manejar el sexo y el género en nuestras sociedades y nos ha dado pistas sobre nuestra obsesión por regular nuestros cuerpos y sus deseos. A través de una de mis estudiantes conocí a quien hoy considero un gran amigo. Juan fue víctima del manejo clínico de su cuerpo y de sus posibilidades de historia por ser sentenciado a vivir como hembra 46,XX con hiperplasia adrenal congénita. A pesar de su sentencia

mi amigo vive, ilegalmente, como un hombre heterosexual junto a su querida pareja por los pasados 15 años. El enfrentarme con honestidad a su saber coincidió con el diagnóstico de cáncer de seno de mi madre y con la ruptura amorosa de mi pareja con quien viví por 18 años. Forzosamente, y a pesar de mí, llegué al diván psicoanalítico, no con la distancia intelectual que se permite el académico, pero como paciente. Por lo tanto, el tema de la intersexualidad se ancla en esa encrucijada muy personal de mi vida. Justo aquí se sitúa el tema de la intersexualidad en mi trabajo; no hay otra forma.

MC: ¿Podrías describir cual es la concepción médica predominante en Puerto Rico respecto a la intersexualidad y cuál es tu posición al respecto?

JCJ: Puerto Rico es una colonia de los Estados Unidos (la única colonia en el mundo con más de un millón de habitantes). La política de los Estados Unidos sobre lo sexual nos obliga, o eso nos hacen creer, a reproducir sus preceptos moralistas y chauvinistas disfrazados de científicidad y orden público. Dos asociaciones norteamericanas han jugado un rol crítico y regulador de la sexualidad en Occidente y en el caso de Puerto Rico, nuestras prácticas médicas en cuanto a la intersexualidad se rigen acriticamente por la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Americana de Psiquiatría. La primera fue responsable por publicar en el año 2000 la guía clínica para manejar la intersexualidad al nacimiento, y la segunda con su Manual para Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales (DSM por sus sílabas en inglés) continúa jugando el juego escabroso de patologizar las conductas sexuales y de género no deseadas por el Estado. En adición, nuestras leyes locales están subyugadas a los Estados Unidos, por lo que nuestro sistema de registro demográfico bajo el Departamento de Salud de Puerto Rico estipula que el / la médico tiene un plazo de 10 días para registrar legalmente cada nacimiento para la otorgación legal de nombre, número del carnet de identidad (seguro social bajo el sistema norteamericano), y sexo. Opino que estas políticas invaden y violentan nuestros cuerpos, intersexuales o no; aquí el Estado se disfraza de saber médico.

¿Cuáles son, a tu entender, las mejores y peores prácticas médicas en relación a la intersexualidad?

La única práctica médica encomiable de reconocimiento es aquella que está dirigida a preservar la vida; claro está, asumiendo que la persona quiere vivir. No existe posibilidad real de vida en casos extremos donde el desarrollo de los sistemas digestivo, urinario, y genital no se han completado. Intervención quirúrgica para permitir vida en caso de exstrofia cloacal o en caso donde sea necesario reconfigurar la anatomía de la vejiga y los uréteres y en donde también se puede afectar la formación del canal vaginal se distingue claramente de intervenciones quirúrgicas cosméticas para acortar un clítoris o re-posicionar la apertura de la uretra en el glande del pene. A mi entender, la mayoría de las prácticas médicas de la intersexualidad **NO** son aceptables en tanto su motivación ulterior es normativizar el cuerpo con la idea de intentar normativizar el sexo, las conductas de género, y la sexualidad.

¿De qué modo podría la enseñanza de la medicina modificar los abordajes clínicos actuales?

Considero que mi modesta aportación al tema de la intersexualidad en Puerto Rico es precisamente el incluir el tema en el currículo de medicina. Al menos tengo la satisfacción que todos los médicos que adiestran en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico (graduamos aproximadamente 100 médicos al año) abordaron el tema de la intersexualidad desde una posición no-oficial. Para mí es interesante ver la reacción y escuchar los comentarios de nuestros estudiantes de medicina mientras hacen la disección genital en el laboratorio de anatomía gruesa. Algunos de ellos simplemente evitan la tarea; de hecho, algunos varones elijen no hacer la disección de la genitalia de la hembra. Debo reconocer que en nuestro curso contamos con 6 cadáveres de hembra y 12 cadáveres de varón cada año; por lo que “hembra” continúa siendo lo menos frecuente en el estudio de la medicina. Esta práctica repite la tradición que nació entre el Medioevo tardío y el Renacimiento temprano donde el estudiante de medicina debía presenciar la disección de 3 cadáveres de varón y 1 cadaver de hembra durante el transcurso de su educación médica. De modo que como profesor

opto pensar que la educación tiene un rol primordial en transformar nociones antes tomadas como dogma, pero lo cierto es que lo sexual va más allá del intelecto, y la historia personal de cada estudiante impone las fronteras de ese saber. Después de mi conferencia de dos horas sobre el desarrollo embrionario urogenital se me acercan estudiantes agradecidos, llorosos, o molestos a compartir sus impresiones sobre la conferencia que acaban de escuchar.

¿Crees que los distintos cambios de vocabulario representan una modificación sustancial de las prácticas médicas en relación a la intersexualidad?

El estudio de los sistemas de clasificación médica ofrece pistas muy importantes sobre el conocimiento y los supuestos científicos sobre un estado patológico, las ideologías sobre ese estado, y las intenciones salvadoras o reguladoras para contener, o en el mejor de los casos, curar, al doliente de ese estado. Solo hay que echar una mirada al sistema de clasificación norteamericano DSM I - IV TR para apreciar los cambios de nomenclatura a conductas de género para diagnosticar enfermedad. La propuesta de utilizar “Desórdenes de Diferenciación Sexual” para referirse a la intersexualidad me parece un movimiento equívoco y sospechoso. “Desórdenes de Diferenciación Sexual” me recuerda la categoría, también amplia, de “Desórdenes de Identidad de Género” del DSM. Ambas categorías hacen alusión al programa de desarrollo embrionario como en un intento por subrayar que esto que nos proponemos “curar” está más allá del sujeto, sólo nuestro saber crítico de la embriología puede “curar”. “En tanto este desorden ocurre aún antes del nacimiento, nuestro saber no es valorativo, es puramente científico,” aseguran los dueños del saber. Lo irónico es que desconocemos si ni tan siquiera existe un programa embrionario para el género. Cambios en nomenclatura reflejan cambios ideológicos, y en el caso de la intersexualidad me temo que la medicina está afianzando tenazmente su control sobre lo sexual.

¿Cuáles son, a tu entender, los debates médicos más importantes en este momento en relación con la intersexualidad?

Aquí la palabra “debate” resulta grande. Me parece que lo que

imperera es una lucha de poder entre sectores de la clase médica por proteger vehementemente o por ceder de manera apostólica los derechos a las personas sobre su sexo, sus conductas de género, y su sexualidad. La retórica médica del debate efectivamente encubre y mantiene su control sobre estos temas. Pero, ¿Le compete a la medicina esta discusión? ¿Debemos imponer fronteras al saber médico? Por supuesto; no necesitamos debates, necesitamos forzar a la clase médica que libere su poder sobre la intersexualidad.

¿Por qué crees que al sistema médico en general le resulta tan difícil incorporar la experiencia de pacientes y ex-pacientes como un saber válido? ¿Crees que hay algún modo de abrir la escucha médica a esas experiencias?

Ya Foucault nos ha señalado que la medicina se apoderó del acto de la confesión como requisito para la cura. ¡Preguntémosle a cualquier transexual sobre su experiencia de transformación sexual! En el caso de la intersexualidad sin embargo, la confesión del paciente atenta contra el orden que supone el binario macho-hembra. Por lo tanto, la confesión del intersexual es anatema en tanto puede reclamar que no requiere intervención médica. El/la médico no puede escuchar esta confesión pues cuestiona su poder del saber y delimita sus grados de acción frente al confesor. Opino que el/la médico frente al cuerpo intersexual ocupa exactamente la misma posición psicológica e ideológica que ocupa el religioso frente al pecador, el cuello clerical y el crucifijo alrededor de su cuello se transforman en bata blanca y estetoscopio. Frente al cuerpo intersexual, la prescripción de rezos y el efecto sanador de los cánticos religiosos se sustituye por el bisturí y los ritmos punzantes de los monitores en el quirófano. El sacrificio de la sangre es la única redención del intersexual. El pecado aquí es querer ser lo que no se puede ser y para lo que no se obtendrá permiso pues un buen médico nunca podrá ser un ángel caído. Por esto es que tomar la opción a vivir un sexo al que no se es asignado obliga a la persona a vivir al margen social; este es su castigo. La escucha médica, entonces, no puede ser otra cosa que una escucha perversa.

¿Por qué crees que el secreto ha jugado un rol tan importante

en la historia del manejo médico de la intersexualidad? ¿Puede considerarse el secreto parte de un tratamiento?

La palabra hablada a medias, o la no hablada, se ubica en el discurso como un mecanismo de poder. A pesar de la reciente retórica sobre consentimiento informado para el manejo de la intersexualidad, lo cierto es que el secreto continuará siendo un elemento importante en su manejo clínico. El/la mejor médico posible es aquel o aquella que sea capaz de reconocer sus propios deseos, angustias, y fantasías frente al cuerpo intersexual –un acto casi imposible en tanto su formación académica persigue precisamente armarle de un saber que lo/la aleje del cuerpo para su manejo técnico eficaz. El secreto viene a ocupar ese espacio que carece de saber. Por lo tanto, no es sorprendente que el secreto haya jugado y continúe jugando un rol tan importante en el encuadre clínico para el manejo de la intersexualidad.

¿Existe alguna razón estrictamente médica para realizar intervenciones en los genitales - tales como la reducción del clítoris?

Como comentara anteriormente, las únicas cirugías justificables son aquellas que preservan la vida. Cirugías que se justifican bajo la noción de mejorar la calidad de vida o promover la formación de una identidad de género saludable son razones moralistas y no médicas. Aún el DSM reconoció en una de sus versiones que genitales atípicos no tienen un impacto en la identidad de género, sin embargo, esta continúa siendo la justificación principal para reconstruir anatómicamente los genitales.

¿Cual sería, a tu entender, el mejor modo de encarar médicamente el nacimiento de niños y niñas intersex?

Me parece que la única alternativa en sociedades donde prevalece el modelo biomédico occidental es sobre-imponerle un sistema de regulación legal que monitoree el manejo clínico de la intersexualidad. El proponer que un sistema de regulación monitoree a otro sistema de regulación es una propuesta riesgosa, pero el ejemplo de Colombia es alentador. En Colombia, la Corte Constitucional estableció un precedente a nivel mundial al validar la demanda de una persona contra todas las partes que participaron en

la re-asignación de su sexo durante la infancia. Aunque dicha Corte ha sido ambivalente en casos subsiguientes, lo cierto es que la clase médica y las instituciones hospitalarias de Colombia ahora consulta las cortes antes de intervenir quirúrgicamente a un/a infante intersexual. Este es un avance en la dirección correcta. Hay que reconocer sin embargo que el sistema legal en general es aún mucho más conservador que el sistema médico. Esto se hace palpable en el manejo legal de asignación de sexo a personas transexuales donde la jurisdicción del país en particular se le permite o se le prohíbe a la persona adoptar el sexo después de la cirugía genital. Estados Unidos es un ejemplo donde distintos estados tienen sus propias especificaciones legales de lo que constituye un varón o una hembra. De hecho, en algunas cortes la discusión legal puede llegar a ser tan absurda como definir legalmente a una “hembra” como aquella que pueda ser penetrada vaginalmente por un varón o “varón” como aquella persona que esté anatómicamente capacitado para penetrar vaginalmente a una hembra. Definiciones como éstas enmascaran a su vez la homofobia que promueve el Estado como si viviéramos en una sociedad pre-industrial en donde la reproducción aún debiera ser vehementemente resguardada y promovida. De manera que los derechos medico-legales heteronormativos violentan a cada persona que no desee vivir de acuerdo a estos preceptos. En Puerto Rico por ejemplo, se ha dado un fenómeno reciente muy interesante en donde las parejas consensuales heterosexuales argumentan que la definición legal de matrimonio propuesta por el Estado (para prohibir matrimonios entre parejas homosexuales) atenta contra la dignidad humana y los excluye de las protecciones legales que le son garantizadas a los matrimonios reconocidos por el Estado. Se ha argumentado además que niños y niñas que nacen de parejas consensuales se convertirían efectivamente en ciudadanos de segunda clase. De manera que las fronteras entre las uniones consensuales entre heterosexuales y las uniones homosexuales parecen esfumarse aún entre la opinión pública. El mejor modo de encarar clínicamente el manejo de la intersexualidad es crear políticas públicas a nivel del Estado que tomen en cuenta no sólo consideraciones médicas sino también éticas y legales que garanticen el derecho a la dignidad humana y a la vida plena de todos sus ciudadanos. En el caso de Puerto Rico,

tenemos el nivel de complejidad adicional que nuestro sistema medico-legal es impuesto por los Estados Unidos. Exhorto a los colegas a través de toda Latinoamérica que se pregunten: ¿Promueve mi trabajo el orden (sexual) violento del Estado? y ¿Hasta dónde llega mi silencio?

Contacto: jcjorge@rcm.upr.edu



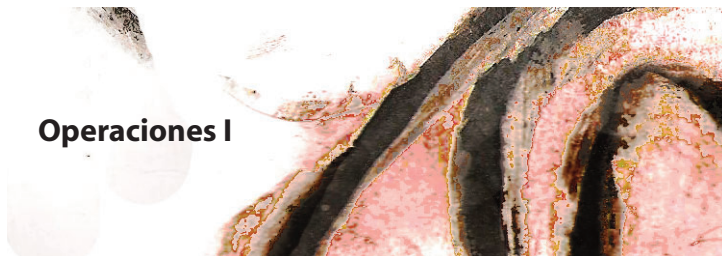
O p e r a c i o n e s

Las actividades que hemos incluido en esta sección del libro tienen como objetivo expandir su lectura –y, sobre todo, expandirla social y políticamente. Pueden ser realizadas individual o en forma grupal, y no es necesario tener conocimientos previos sobre el tema para realizarlas. Prevén un trabajo sobre los textos incluidos en este libro, pero pueden modificarse a voluntad y aplicarse al trabajo con otros textos –así como con películas, fotografías, entrevistas, etc. Las *operaciones* que te proponemos en esta guía no agotan, en lo absoluto, las posibilidades acercamiento a la intersexualidad –son, más bien, algunas posibilidades entre otras tantas.

En esta sección del libro tampoco hemos incluido descripciones, definiciones o fotografías que “muestren” o “expliquen” cómo son, “en realidad” los cuerpos intersex. Y esa es, de todas, la primera *operación*. Si nunca escuchaste o leíste la palabra, si nunca viste de lejos o de cerca uno de “esos” cuerpos, el reconocimiento de ese vacío es tu primera tarea. Reconocerlo, palparlo, asumirlo, es una manera de definir lo que es la intersexualidad, hoy, para vos. Pero si la intersexualidad tiene, en tu experiencia, voces e imágenes, texturas y sabores, te invitamos a entrelazarlos con los distintos textos de este libro, y someterlos a su solicitud.

Aprendamos entre tod*s –queremos saber de lo que hallaste útil de nuestra propuesta, de lo que mejorarías o quitarías y, sobre todo, queremos saber de tus propias operaciones. Prometemos compartirlas. Podés escribirnos a: interdicciones@mulabi.org

Operaciones I



Aquí encontrarás un conjunto de actividades destinadas a acercarte a la intersexualidad, sin miedo y con ganas.

- 1) Retrocedé hasta imaginar el momento de tu nacimiento. Acabás de nacer, y alguien dice “es una nena” o “es un varón”. ¿Qué te imaginás que vio esa persona entre tus piernas en ese momento? ¿Cuánto creés que medía? ¿Cuánto creés que debía medir? Compara tus respuestas con las de otras personas. Averiguá: ¿qué ocurre cuando alguien en tu país nace con un clítoris más grande o un pene más chico a la media? (Leé el texto titulado “Como la que más”, incluido en este libro. ¿Qué opinás?)
- 2) Inventate un cuerpo intersex. ¿Cuál? El que quieras. Un cuerpo que no haya sido intervenido quirúrgicamente, o un cuerpo que sí. Escribí un aviso de contacto describiéndote: te gustás mucho, y querés conocer a otr*s a quien también le gustes. Escribí otro aviso, buscando a alguien con un cuerpo intersex (el mismo que inventaste para vos, u otro). Cruzá los dedos –a lo mejor hoy es tu día de suerte.
- 3) Imaginate desnud* frente al espejo. Sos vos mism*, pero tus genitales han cambiado hasta volverse irreconocibles. Observate cuidadosamente en tu imaginación, recorré cada pliegue y cada saliente de ese cuerpo nuevo que acabás de darte. Escribite una carta de amor. Escribite, ahora, una carta de deseo.
- 4) ¿Cuál es tu película, serie o telenovela favorita? Imaginá que su personaje principal es una persona intersex. ¿Cambiaría la trama? ¿Cómo?
- 5) Hací memoria. Recordá todas aquellas oportunidades en las que alguien cercano comentó acerca de historias de personas

“con dos sexos”, de las que “no se sabía qué eran”. Recuperá noticias periodísticas en las que se habla de historias similares. Averigua, ¿qué ocurrió con esas personas? ¿Cómo continuarías tú sus historias? ¿Por qué?

- 6) Investigá. ¿Existen en tu país grupos de apoyo para personas intersex? ¿Sabés si existen grupos de activismo que, sin dedicarse especialmente a la intersexualidad, defiendan y promuevan los derechos de las personas intersex? Registrá la información que encuentrés, y difundila. Si no encontraste nada ni nadie... ¿te animarías a comenzar?
- 7) Buscá representaciones visuales de cuerpos intersex. Describilas, y registrá cuidadosamente el lugar donde las encuentre. Imaginá otras representaciones posibles, y también los lugares donde te gustaría encontrarlas. Fotocopiá, recortá o imprimí las fotografías que encuentres... ¿por qué no *intervenirlas*? Podés dibujar o escribir sobre ellas, puedes colocar miradas en los lugares donde las personas intersex aparecen con sus ojos cubiertos...
- 8) Y siguen las *intervenciones*... Aquí van cuatro más, a modo de ejemplo... Y a vos ¿qué se te ocurre?

Escucha y no cuestiones

Nerea Miralles Aguilar

Transcurrían ya casi las 17h p.m y me disponía a ir a clase de psicofisiología como cada miércoles. Según tenía entendido, esta vez iniciaríamos el tema “Efectos organizadores de la conducta sexual y prenatal” y resultaba como mínimo, sugerente.

Así pronto atravesé el umbral de la puerta interrumpiendo la clase ya empezada, mientras observaba a todos los alumnos, silenciosos y boquiabiertos antes las explicaciones y imágenes proyectadas. De repente, aparecieron diversos títulos como “Hiperplasia adrenal congénita”, “Síndrome de Turner”, “Síndrome de insensibilidad a los andrógenos”, “Deficiencia de 5-alfa-reductasa”. Toda esta terminología me era familiar de un encuentro al que ha-

bía acudido no hace mucho tiempo para hablar sobre intersexualidad con Mauro Cabral (un activista argentino intersexual), pero continuaba en vilo por el hecho de que entre toda aquella juiciosa teoría no apareciese por ningún lado la palabra intersexualidad o intersexual. Pronto llegó la peor parte, empezaron a aparecer adjetivos como patología o malformación continuamente mientras se proyectaban incesantemente gigantescas fotos de genitales intersexuales. Llegados a este punto, decidí intervenir.

- ¿Por qué dice usted que es una patología? –Pregunté en referencia a la hiperplasia adrenal congénita que se proyectaba simultáneamente, aunque mi tono furioso delató rápido mis dobles intenciones–.
- Porque estas personas son estériles. –Contestó la profesora con una leve sonrisa que percibí violentamente.
- ¿Y si la esterilidad no está considerada una patología, al menos no de primer orden, por qué ésta si?

La profesora caviló unos segundos, frunció el ceño y dijo:

- Estas personas segregan cantidades anormales de andrógenos, al igual que cuando un riñón te funciona mal y crea sustancias nocivas, esto también está considerado una Hiperplasia porque es nocivo para el organismo.

Para entonces la inocente pregunta ya se había convertido en una batalla campal y como no, una patética lucha de poder. La compañera de delante se giró y me suplicó:

- Nerea, por favor, no sigas. No tienes razón y estás perdiendo los estribos.
- ¿Aclaré tus dudas? –Preguntó la profesora simbólicamente disponiéndose a continuar su clase.
- No, en realidad no. ¿Podría volver a explicármelo? Justo esa parte de la malformación.

Entonces en un gesto poco agraciado la profesora apuntó las fotografías imperantes sobre la pared y concluyó en tono señorial:

- ¿Es que no ves que es una malformación? De hecho hay unas cirugías específicas de reconstrucción – Aclaró al resto.

Acto seguido cien alumnos se echaron a reír y yo, me eché a llorar como una niña de diez años y abandoné la clase. Me había dejado llevar por los nervios ¿Pero cómo no hacerlo?.

Algunos de mis amigos y un par de interesados (2) salieron a hablar conmigo. El resto no volvieron a dirigirme la palabra y me acusaron de haber intentado desautorizar a la mejor profesora de biología de la universidad.

- ¿Piensas pedir que quiten las fotos ? –Me preguntaban algunos sorprendidos. –No estoy nada de acuerdo con eso. Necesitamos esas fotos para saber de que estamos hablando, lo que estamos estudiando.
- Pero son degradantes –Me defendía yo ante el avasallamiento estudiantil.
- Cuando damos el cuerpo humano también ponen fotos de nuestros genitales y no por eso vamos a denunciar a nadie.
- ¿Vinculándolo descaradamente con la palabra “malformación”? ¿Estáis seguros de que hablamos del mismo caso?. Siento decir que no pienso que este repentino interés por la asignatura pueda justificar el m o r b o que se os intuye.

Hubo un gran silencio.

Como que soy algo concienzuda al llegar a casa le envié un e-mail para solicitar cita en su despacho al día siguiente e imprimí en una carpeta varios artículos como “Tratamiento quirúrgico de los genitales ambiguos: fundamentos e implicaciones psicológicas y sexuales” (Adriana Agamonte, Revista Cubana Endocrinología. v.17, n.3, Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006) donde la doctora Adriana Agramonte hace un análisis de los desafortunados resultados de las “cirugías de asignación” sobre la psique del individuo y la definición de intersexualidad incluida en “Diccionario de Estudios de Género y Feminismos”, (Susana Gamba y Tania Diz, 2007. Editorial: Biblos), además de algunas definiciones disciplinarias.

Al entrar a su despacho al día siguiente he de confesar, algo nerviosa, las opiniones de mis `compañeros´ me martilleaban en la cabeza. Aun así tenía claro que si no hacía nada, este discurso se-

guiría repitiéndose año tras año. De este modo me dispuse a tener una conversación pacífica pero sin dejarme pisar por la pseudociencia que impregnaba el ambiente.

Tras unos saludos cordiales y alguna que otra broma para romper el hielo le entregué la carpeta:

- Bueno, le he traído algunos artículos ya que me consta que todos estamos bastante desinformados en este tema y quisiera hablar de lo ocurrido el otro día. –Dije en un tono seco pero no por ello frío.
- Si, he de confesarte que me sentí un poco agredida y quizás no reaccioné del todo bien. Tras aquella intervención decidí comentar el tema con mis compañeros de departamento y hemos decidido proponer una reunión para decidir como tratar este tema de cara al año que viene.

Quedé atónita.

- También has de entender –continuó– que nunca conocí a una persona intersexual y me era difícil imaginar que asistiesen a mis clases.
- Si, el resultado es que tratas el tema como si hablastes de seres mitológicos que solo residen en tus libros. –Dije intentando quedarme un poco en paz con mi conciencia y continué –Pienso que todos sabemos que las formaciones “no normativas” son, para la ciencia, malformaciones; al igual que la *transexualidad* se traduce en el Síndrome de Benjamin. Pero no creo que sea necesario que repitas continuamente este término en tus clases, tampoco creo que a las personas transexuales se sientan cómodas si a la hora de hablar sobre éstos temas se remiten únicamente a la terminología científica, ya que a parte de poco empático resulta en gran parte reduccionista, no sé si estás de acuerdo conmigo. Pienso que sería bueno que apareciese la palabra *intersexualidad*.
- Si, lo estoy. Quizás fueron comentarios algo desafortunados.

En cuanto al tema de las fotos...

- Ya hablé con mis compañeros de departamento y se retirarán,

no te preocupes, hasta ahora nadie había venido a presentarnos ésta cuestión, pero ahora ya no habrá problema.

- De acuerdo, por último, espero que entiendas que no quiero que ésto se quede en una conversación de despacho y cuatro palabras de apaciguamiento, quiero decir, que vine aquí pacíficamente para hablar con usted de tú a tú porque confío en que todo este asunto no ha sido cuestión de malicia sino de desinformación. Pero si el año que viene persiste este trato, ya no vendré como alumna sino como asamblea de estudiantes, ya hablé con ellos y están dispuestos a prestar el apoyo que sea necesario. De momento yo confío en que nada de eso hará falta.
- No, de verdad Nerea. Nada de eso es necesario, no dejemos que esto tome más importancia.

Al salir de aquel despacho inicié un “ciclo para la información de los estudiantes” que consistía en tardes relajadas en el bar, hablando y debatiendo todo este asunto. Sorprendentemente hasta los alumnos más reticentes se formaron una opinión crítica al ampliar su información y conjuntamente hemos decidido iniciar un proyecto para que esta información esté al alcance de todos.

Acerca de la autora:

Nerea Miralles Aguilar, nacida en Elche, Alicante (España), actualmente vive en Barcelona y participa con grupos como la asamblea de psicología crítica de la Universidad Autónoma de Barcelona, Guerrilla Travolaka (grupo de activismo por la despatologización de las personas Transsexuales/trangénero). Trabaja en un proyecto TEA (aulas de lecto-escritura para niños recién llegados) y ha participado en otros proyectos como ART2B included (Holanda 2008) y Exchange Reloaded (Uruguay 2005) relacionados con pluriculturalidad y inclusión social. Contacto: n.kallikak@gmail.com

**Intersex en el programa de la tarde frente a su cirujano
(2008)**

Leonor Silvestri

no tengo problemas en presentarme
frente a mil ojos, reflectores y cámaras
el frío helado, la refrigeración
del estudio de TV
nos recordará
a vos y a mí
la camilla y la sala
nuestro lecho nupcial
me desposaste
penetrándome
treces veces al mes
durante 26 años
mi tejido elastizando
con un tutor
reeducándome
corrigiéndome
adolescente o niño
dormido fui
vos, susurrándome al oído
palabras de enamorado
vos, Pigmalión con bisturí
yo, un mármol ardiente
un angelito, anestesiado
el tajo, irreversible
despellejarme la vida
para que me quieran
antropofagia de la tele audiencia
zanjar, lijar, hurgar
asir mi cuerpo
hacerlo concha
valva salada la herida
sobre mí
tu
tratamiento

me extrañas, lo sé
Turco Julián con su antifaz
científico
tiene sentimientos
me echa de menos
objeto de su pasión
mi padecimiento
tu apetito
del cuerpo+del sexo
del cerebro
herramientas, técnicas
cierras para cimentar
mi materialidad
mi subjetividad
tu lugar en la saciedad

Acerca de la autora:

Leonor Silvestri, (1976), poeta, traductora, y especialista en Literatura Antigua por la U.B.A. Publicó el libro de ensayo *Catulo, Poemas. Una introducción crítica*, el poemario *El Don de Creer*, y los siguientes poemarios bilingües (español -inglés) auto-traducidos: *Después de vos el curso. mitología grecolatina* y *Nugae, Teoría de la traducción*. Participó, entre 2004 y 2005, por concurso, de las clínicas de poesía dictadas en el Centro Cultural Ricardo Rojas (UBA) y la Casa de la Poesía de la Ciudad de Buenos Aires. Integra el proyecto de investigación Ubacyt sobre "El discurso psicoanalítico en las pericias sobre derechos sexuales y delitos contra la integridad sexual" dirigido por Matilde de la Iglesiajer.

Dentro de su labor como activista anarcoqueer, administra los blogs

www.proyectilfetal.blogspot.com y

www.anarcopervertismo.blogspot.com.

Contacto: leocatlove@gmail.com

Las innombradas

La mayoría supo que era diferente en su primera infancia. O presintió que su nacimiento no fue una buena noticia para nadie. Muchas pasaron los primeros años yendo de su casa al hospital. Muchas sufrieron cirugías destinadas a reducir el tamaño de su clítoris. Nadie les preguntó. Nadie les explicó por qué. Muchas descubrieron la verdad de su historia espionando sus registros médicos, a escondidas. Algunas tuvieron que usar su imaginación para reconstruirla. Otras se encontraron husmeando en libros de medicina. Algunas fueron sometidas a vaginoplastias compulsivas y a meses y años de dilataciones vaginales. Muchas lidian todos los días con la insensibilidad genital. Viven en culturas donde sus cuerpos son temidos, son corregidos, son mutilados.

Nadie habla de ellas. No encuentran imágenes celebratorias y deseantes de sus vidas, en ninguna parte. Médicos y médicas, abogados y abogadas, jueces y juezas han decidido sin prestarles atención, sin escucharlas. Son exhibidas al desnudo, con un cuadrado o un círculo cubriendo su rostro. Sus genitales son mostrados, comentados y estudiados, pero sus nombres nunca se mencionan. Su voz no se escucha. La historia y la lucha de las mujeres no las incluye. Muchas llevan en la carne la experiencia de una violación sin fin. Para muchos y muchas ellas ni siquiera son reales. Ni siquiera existen. Su vida parece transcurrir más allá de la diferencia sexual, más allá del género, en un sitio nebuloso, sin tiempo.

Su experiencia ha sido abordada por todo tipo de profesionales y activistas de derechos humanos, pero rara vez ha sido atendida cuando son ellas mismas las que hablan. Desde pequeñas les dijeron que su cuerpo debía ser corregido para que alguien, alguna vez, las amara. Llevan ese dolor consigo a todas partes. Mucha gente se pregunta si realmente son mujeres. Si alguna vez lo fueron, si alguna vez podrán serlo. Otros y otras justifican las salvajadas que tuvieron lugar en sus cuerpos, porque ahora parecen mujeres normales.

Algunas perdieron para siempre su capacidad reproductiva en aras de la corrección de sus genitales. Sus cuerpos fueron arrasados por la lógica falocéntrica que equipara a cada mujer con un hueco, y que desprecia, aborrece y teme el placer de las mujeres. Cuando se habla de mutilación femenina nunca se habla de ellas.

No obstante, ellas hablan. Y le ponen nombre y límite al horror sin fin del secreto, la vergüenza y el silencio. Construyen movimientos que interpelan el control social de los cuerpos mientras defienden y celebran la diversidad de experiencias de lo femenino.

Y sin embargo, de los discursos y las practicas, en las agendas de lucha, siguen siendo, una vez más, y como siempre, las innombradas.

MUJERES INTERSEX
¿DÓNDE ESTAN ELLAS ESTE 8 DE MARZO?
¿Y VOS, DONDE ESTAS?

Texto circulado por el Area Trans e Intersex del Programa para América Latina y el Caribe de la Comisión Internacional para los Derechos Sexuales de Gays y Lesbianas -IGLHRC.
Autor: Mauro Cabral

Caracoles

Juan Manuel Burgos

Caracoles
...porque el ser humano no es una especie hermafrodita.
Por ejemplo sí lo son los caracoles.
Comentario enviado a *Yahoo Respuestas*.

Las metáforas visuales abundan a la hora de volver (in)visibles cuerpos intersex. Abundan las flores exóticas y bisexuadas, los animales marinos cóncavos, tentaculares, misteriosos y profundos, los ejemplos traídos de la historia de la pintura y la escultura, las criaturas del *photoshop*, mitad varones y mitad mujeres. Y los caracoles.

Aquí van cuatro ejemplos gráficos de cómo atreverse a intersexuar un caracol –o, quién sabe, a caracolizarnos.

Acerca del autor:

Juan Manuel Burgos nació en 1987 en Córdoba, Argentina. Cursa la carrera de artes en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. Participa del Grupo del Jueves, un espacio político que trabaja en pos del acceso de las personas trans a los sistemas públicos de salud y educación.

Contacto: juansys04@hotmail.com
www.juanmanuelburgos.blogspot.com







Operaciones II



Aquí encontrarás algunas pistas para abordar el trabajo sobre los artículos incluidos en el libro... uno por uno.

Artículo: “*Abora, es toda una mujer: un análisis del caso de Edinanci Silva en los medios latinoamericanos*”

Autora: Isadora Lins

1. El artículo que acabás de leer analiza críticamente el modo en el que distintos medios de comunicación narraron algunos aspectos de la vida de una mujer intersex. ¿De qué modo suelen abordar los medios de tu país ese tipo de historias? ¿Es similar al modo que se expuso en el artículo? ¿Es distinto? ¿Por qué?
2. A partir de la lectura del texto, identificá los argumentos que utiliza la autora para criticar la cobertura mediática de la historia de Edinanci Silva. Elaborá una lista de esos argumentos y analízalos. ¿Estás de acuerdo con la autora? ¿Por qué?
3. Imaginate a punto de relatar a otras personas una historia como la de Edinanci, pero no querés reproducir los términos en los que ese tipo de historias son narradas por los medios de comunicación –por el contrario, deseás hacerlo de un modo respetuoso y cuidadoso. ¿Cuáles serían entonces tus propios términos? Escribí tu propia versión, tal y como te gustaría contarla.
4. El artículo hace referencia a una suerte de “certificado de femineidad” otorgado a partir de la realización de una cirugía de “normalización” corporal, ¿cómo se reconoce a la femineidad de las personas donde vivís?

Artículo: “Pobreza y condición intersexual en México: reflexiones y preguntas en torno al dispositivo médico”

Autora: Eva Alcántara Zavala

1. El artículo que acabás de leer plantea una relación específica entre pobreza, el dispositivo médico y la condición intersexual. ¿Conocés cómo se establece esa relación en el contexto de tu propio país? ¿Y qué ocurre en los hospitales públicos de tu ciudad?
2. A lo largo del artículo se describe extensamente la manera en la que se configuran las relaciones entre médicos y pacientes en el contexto de las llamadas “clínicas de intersexo”. ¿Cuáles son las críticas que sostiene la autora a ese estilo de relación? Elaborá una lista de esas críticas. ¿Estás de acuerdo con la autora? ¿Por qué? ¿Cómo creés que debería ser esa relación?
3. ¿Existen en tu comunidad familias como las que describe el artículo? ¿Las conoces? ¿De qué modo creés que sería posible acompañarlas?
4. Los niños y las niñas cuyas historias aparecen en el artículo sufrieron distintas formas de violencia debido al modo en el que expresaban su masculinidad o su femineidad. Escogé una de las historias narradas y piensa qué cambios culturales serían necesarios para evitar que esa violencia vuelva a tener lugar. ¿Cómo podrías involucrarte e involucrar a otros y otras en ese cambio?

Artículo: “La regulación de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes”

Autora: Luciana Lavigne

1. De acuerdo al artículo que acabas de leer, la medicina occidental relaciona de manera normativa la configuración de los genitales (por ejemplo, su tamaño) con la posibilidad de una femineidad o una masculinidad “normal”. Explicá, en tus propios términos, esa relación. ¿Cuáles son, de acuerdo a la autora, sus consecuencias? ¿Cuál es tu opinión?

2. A lo largo del artículo la autora plantea un conjunto de críticas respecto al modelo hegemónico de manejo médico de la intersexualidad. Identificalas, y elabora una lista. ¿Estas de acuerdo con esas críticas? ¿Por qué?
3. A partir de la lectura del texto, explicá por qué la autora afirma que “el imperativo heterosexual opera en las intervenciones quirúrgicas”. ¿Qué opinás de esta afirmación? ¿Por qué?
4. ¿Qué tipo de estrategias individuales, comunitarias o políticas podrías imaginar para modificar el modo en el que la medicina interviene sobre aquellos cuerpos a los que considera “ambiguos”? ¿Quiénes serían tus principales aliados y aliadas en la lucha por ese cambio?

Artículo: “La experiencia intersexual en el contexto español: Tensiones, negociaciones y microrresistencias.

Autora: Nuria Grégori Flor

1. A partir de la lectura del texto, ¿de qué modo describirías el rol que la autora le asigna a la medicina en conformación de la subjetividad intersex? ¿Estás de acuerdo? ¿Por qué?
2. Identificá cuáles son las dificultades que menciona la autora para la emergencia de un movimiento político intersex en España. ¿Cuál es la situación en tu país?
3. ¿Cuáles son las oportunidades que la autora reconoce para la resistencia? ¿Cuál podría ser tu aporte? ¿Quiénes podrían ser tus principales aliad*s en esa lucha?
4. Lee atentamente este párrafo del *Manifiesto de la Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos*:
 “Si el cuerpo es mediador de experiencias y relaciones sociales y culturales vividas, y está en la cotidianeidad de las gentes, en sus múltiples expresiones, debe estar en el horizonte de las sociedades y en una democracia expandida en lo global: en el país, en lo local, en la casa y en la cama. El cuerpo así concebido se convierte en instrumento y fin de una abogacía subversiva y transversal”. A la luz del artículo que estamos trabajando, ¿De

qué manera podrías incluir los cuerpos intersex en el “horizonte” del que habla el *Manifiesto*?

El texto completo del Manifiesto puede encontrarse en:
<http://www.convencion.org.uy/menu1.htm>

Artículo: Confesiones Corporales

Autora: Paula Machado

1. ¿De qué manera se relacionan, a lo largo del artículo, la “verdad” del sexo y las intervenciones médicas? ¿De qué modo define la autora el “sexo-código”? ¿Por qué creés que ese “sexo-código” se diferencia de otros modos de comprender el sexo?
2. ¿Por qué crees que los cabellos se vuelven un componente tan relevante de esa “verdad” del sexo? Lee atentamente este párrafo –escrito por Nuria Gregori Flor para este libro:
“Aquel día ingresó en la sala de hospital donde trabajo como enfermera, una mujer con barba y con genitales difíciles de encasillar dentro de unos esquemas limitados y dicotómicos. El barbero del centro se negó a afeitarla ante la petición de la paciente, por el simple hecho de llamarse Manuela”. ¿De qué modo podrías relacionar el cabello y el vello facial o corporal con el “sexo verdadero”?
3. ¿Cómo caracterizarías la relación entre médic*^s y pacientes intersex a partir de la lectura de este artículo? ¿Creés que la edad de l*^s pacientes es un dato relevante? ¿Por qué?
4. ¿Creés posible conjugar “monstruosidad” y “derechos humanos”? ¿De qué manera? A juicio de la autora, ¿cuál es el sitio de la bioética en esa conjugación?



Operaciones III

Aquí encontrarás actividades para trabajar a partir de la lectura general del libro... o de las partes que te gusten.

1. A partir de la lectura de los distintos artículos, identificá y compará las distintas definiciones de intersexualidad que son empleadas en cada texto. Elaborá tu propia definición.
2. A partir de la lectura de las entrevistas contenidas en la sección de *Conversaciones*, imagina que eres tú a quien entrevistan –en un programa de radio, de televisión, para un periódico, etc. ¿Qué argumentos podrías ofrecer en contra de la normalización quirúrgica de l*s niñ*s intersex? ¿Te animarías a diseñar tu propia nota sobre el tema? ¿Y a enviárnosla? ¿Cuáles son, a tu juicio, las principales dificultades que enfrentan aquell*s profesionales que se oponen a esas prácticas de normalización? ¿De qué modo creés que podrías contribuir al proceso de transformación cultural que implica Natasha Jiménez Mata con su activismo?
3. Todos los textos reunidos en este libro plantean, una y otra vez, la relación entre médic*s, pacientes y familias. ¿Qué rasgos de esa relación son comunes a todos los textos? ¿Podrías identificar otras situaciones en las que se establezcan relaciones similares?
4. En cada uno de los artículos propuestos la intersexualidad aparece identificada con distintos modos del malestar, la ansiedad, la tristeza o el sufrimiento. ¿Cuál es, a tu entender, la explicación de esas experiencias negativas de la diferencia corporal? Imagina: ¿Qué intervenciones individuales, comunitarias o

políticas que hicieran posible experiencias positivas e incluso celebratorias de la intersexualidad?

5. La autora norteamericana Suzane Kessler afirmaba que los genitales intersex no son una amenaza para los niños y las niñas que los encarnan, sino para la cultura en la que esos niños y niñas viven. ¿Qué opinás de esa afirmación, a la luz de la lectura de los textos? ¿De qué modo crees que sería posible ampliar las posibilidades que tiene nuestra cultura de lidiar con cuerpos diversos sin sentirse “amenazada”?
6. El Principio 18 del texto de *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario sobre Orientación Sexual e Identidad de Género* trata de la “Protección Contra Abusos Médicos”. En su inciso B indica que los Estados “adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar que el cuerpo de ninguna criatura sea alterado irreversiblemente por medio de procedimientos médicos que procuren imponerle una identidad de género sin su consentimiento pleno e informado, de acuerdo a su edad y madurez y guiándose por el principio de que en todas las acciones concernientes a niños y niñas se tendrá como principal consideración su interés superior”. Imagina. ¿A través de qué medios puede este Principio volverse una realidad en tu país? ¿Quiénes serían tus principales aliados y aliadas en esa lucha?

El texto completo de los Principios de Yogyakarta puede encontrarse en:
www.yogyakartaprinciples.org

Agradecimientos

La publicación de este libro le debe mucho a:

Alexandra Teixeira, Alicia Larramendy, Alicia Lerner, Barbara Klugman, Beatriz Preciado, Del LaGrace Volcano, Diego Cao, Dulce Reyes, Ellen Feder, Gustavo Blázquez, Iain Morland, Jelena Postic, Juan Duggan, Luciana Lavigne, Natasha Jiménez, Margriet van Heesch, Meri Torrás, Pau Crego, Paula Machado, Paula Viturro y Rosalind Petchesky.

A un filósofo cordobés, convencido de que la intersexualidad no existe.

A un médico cordobés, convencido de que la intersexualidad es asunto suyo.

A Quina.

A Austerlitz.

A Astraea, la Fundación Lésbica para la Justicia. A l*s mulabitas. Al Centro Cultural Ricardo Rojas, de la Universidad de Buenos Aires. A Marta Dillon, editora del SOY, y a l*s lector*s que escriben. A Andrea Lacombe y Horacio Sívori, del CLAM. A la Guerrilla Travolaka, y a tod*s sus guerriller*s. A quienes van los lunes a Incorporaciones y los jueves al Grupo del Jueves -y a la Kasa Karakol, que nos alberga cada jueves. A quienes participaron de distintos talleres sobre intersexualidad, en Córdoba, Buenos Aires, Asunción, Porto Alegre, Río de Janeiro, Nueva York, Barcelona y Ámsterdam.

A Juan Manuel Burgos, por la generosidad en el arte y en la vida.

A Carpo, Sasha y Lucero, que nada saben de intersexualidad, y todo lo iluminan.