

SEXUALIDADES MIGRANTES  
GÉNERO Y TRANSGÉNERO

Colección *Temas Contemporáneos*

Diagramación de tapa: *leaf*  
sobre la pintura "Flor de la vida" (1942)  
de *Frida Kahlo*

© 2003  *Temas*  
Editoria

© 2003 Diana Maffia

I.S.B.N.: 987-9143-05-1

Buenos Aires, República Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en la Argentina - *Printed in Argentina*

Se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2003 en  
**Gráfica Integral**, José Bonifacio 257, Buenos Aires, Argentina.

## **Los sexos ¿son o se hacen?**

**Diana Maffia y Mauro Cabral**

En los años '70, la irrupción de la categoría de género en la teoría feminista permitió el florecimiento de una serie de análisis que procuraban derrotar los estereotipos vinculados a la identidad femenina y masculina, a sus roles sociales y a sus relaciones de poder. La operación consistía principalmente en dos pasos: primero, diferenciar sexo de género, considerando al segundo una lectura cultural del sexo biológico, asignado dicotómicamente según la anatomía. Segundo, mostrar que las diferencias de género atraviesan toda la vida social, dividiéndola y organizándola simbólicamente. Desnaturalizaban así los roles femenino y masculino propios del género, pero sin discutir la "naturalidad" del sexo.

Muchos análisis contemporáneos conservan esta lectura en dos niveles. No se discute la realidad de las diferencias sexuales, sino la legitimidad de los estereotipos construidos por la sociedad sobre esas diferencias, como si el sexo constituyera una materialidad inapelable.

Partiremos aquí de una hipótesis diferente. Sostendremos que el sexo anatómico mismo, su propia presunta dicotomía, son producto de una lectura ideológica. Una ideología de género que antecede la lectura misma de los genitales, que no permite hablar de un sexo natural, y que es lo suficientemente fuerte como para disciplinar los cuerpos cuando no se adaptan cómodamente a la lectura que se espera hacer de ellos.

Para probar esta hipótesis nos basaremos en el análisis del tratamiento dado por la medicina al llamado "sexo ambiguo", que sintomáticamente aparece como capítulo de la "teratología", es

decir, del tratamiento de los fenómenos anatómicos monstruosos (Ben, 2000). La consideración de una anatomía no fácilmente identificable como femenina o masculina, su clasificación como monstruosa, como una urgencia pediátrica que las más de las veces tiene una cruenta y arbitraria resolución quirúrgica, el secreto que rodea y exige la intervención médica, todo ello forma parte de la estructura de normalización que la medicina y la psicología asumen como instituciones.

El progreso científico y tecnológico, que el iluminismo soñaba como liberador de lo humano, aumentó la capacidad de intervención pero no cambió la manera de interpretar las diferencias sexuales, por lo que el avance en lugar de liberador se torna peligroso. Nuestro trabajo apunta entonces a la necesidad de desarrollar una ética de la intervención que tenga en cuenta los principios de autonomía e identidad del sujeto.

Aunque desde la antigüedad se han reportado casos de bebés nacidos con genitales que no son ni claramente masculinos ni claramente femeninos, sólo a fines del siglo XX la tecnología médica avanzó lo suficiente como para permitir a los científicos determinar el género cromosómico y hormonal, que se toma como el género real, natural y biológico, y al que se llama "sexo".

Analizando casos clínicos, vemos que los médicos parecen considerar una gran cantidad de factores, junto a los biológicos, para asignar el sexo del bebé; pero muchas veces se confunden en las deliberaciones aspectos prescriptivos de tipo cultural (como la "correcta" capacidad de la vagina y el "correcto" largo del pene) que permitan augurar una salud y una felicidad futura a ese bebé.

Dentro de la dinámica usual de etiología, diagnóstico y procedimiento quirúrgico, mecanismos como la deliberación sobre el sexo del bebé, evitar un anuncio taxativo, discutir con la intervención de los padres, consultar con el/la paciente mismo/a en la adolescencia, forman una periferia muchas veces invisible como posibilidad. Como afirma Suzanne J. Kessler (1998), el proceso y guía para tomar las decisiones sobre *re-construcción* de género revela el modelo para la *construcción* social del género en general: incluso ante una evidencia aparentemente incontrovertible como el hermafroditismo, los teóricos sostienen la creencia incorre-

gible de que macho y hembra son las únicas opciones “naturales”.

La paradoja de la ambigüedad anatómica pone en cuestión que macho y hembra sean datos biológicos que fuerzan la cultura de dos géneros. Más bien sugieren una cultura dicotómica que fuerza no sólo la interpretación de los cuerpos sino su misma apariencia (Laqueur, 1994; Butler, 2001). La preocupación de los médicos es eliminar esa ambigüedad que se considera monstruosa, adaptar los genitales a las medidas que estipulan aceptables y si es posible asegurar que en el futuro la persona pueda “casarse y tener hijos”. El sexo es equiparado a penetración y reproducción. El placer ni siquiera es tomado en cuenta (de hecho, muchas de estas intervenciones lo impiden o dificultan gravemente).

Y por supuesto, ni siquiera se considera la posibilidad de que sin los genitales apropiados esa persona pueda ser amada por alguien tal como es. Los casos médicos reseñados en la actualidad muestran, por otra parte, que ese futuro perfecto no fue asegurado por el bisturí.

Aquí hay un profundo asunto ideológico, que antes creíamos limitado a que la dicotomía anatómica se trasladaba a la “atribución de género” (el género que los otros en el mundo social nos adscriben, masculino o femenino), a la “identidad de género” (el propio sentido de pertenencia a la categoría femenina o masculina) y al “rol de género” (las expectativas culturales sobre las conductas apropiadas para una mujer o un varón). Pero estamos ante el disciplinamiento quirúrgico de la misma base material sobre la cual los roles de género se inscriben (Butler, 2001; Califia, 1997; Fausto-Sterling, 2001)

Aquello que no entra naturalmente en el dimorfismo sexual no se tolera, y se mutila un pene demasiado pequeño para ser aceptable, transformando al niño en niña, se corta un clítoris demasiado largo para ser aceptable, transformándolo en insensible, se abren y ensanchan vaginas o se construyen con otros tejidos a fin de permitir la penetración, se extirpan gónadas que no pueden convivir con la anatomía externa, todo por la futura “felicidad” de un bebé que así podrá mostrar su sexo sin avergonzarse. (Kessler, 1998; Dreger, 1998 y 1999)

Es conocido el poder que los médicos tienen sobre sus

pacientes y sus familias, pero quizás es menos conocido de qué modo ese mismo poder médico hegemónico es servil a una ideología cultural intransigente y patriarcal. Los médicos realizan prácticas totalmente invasivas y recomiendan a los padres mantenerlas en secreto. El secreto es un daño agregado, de modo que los niños y niñas intersex viven en la ignorancia o en la vergüenza sobre su condición (Chase, 1995; Kessler, 1998; Dreger, 1998 y 1999)

Recientemente ha surgido un movimiento político de género destinado a cambiar la ideología médica y detener las cirugías infantiles. A diferencia de los médicos, para quienes ser intersexual es un defecto de nacimiento quirúrgicamente corregible, intersexual es para ellos una identidad, incluso si la marca original ha sido quirúrgicamente eliminada.<sup>1</sup>

## I

En unas Jornadas de Bioética realizadas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, un equipo médico presentó un caso clínico que, por sus características, puede servirnos de ejemplo para ilustrar los límites que la ideología de género impone a la decisión médica, aún entre profesionales que explicitan una consideración de la subjetividad en la complejidad de la definición sexual, y un marco ético para sus intervenciones.

El hospital de San Justo –localidad de la provincia de Buenos Aires– recibe a un bebé a dos horas de producido su nacimiento, como derivación de otro centro asistencial, el Hospital de Marcos Paz. En el relato que introduce la exposición que estamos considerando, el caso aparece descrito como una conjunción de manifestaciones patológicas: onfalocele, ano imperforado, extrofia vesical y sexo indefinido, alteraciones en zona lumbo-sacro-coxígea y meningocele. Se realiza una intervención médica a las 24 horas del nacimiento, dado el curso clínico “presidido por la intermitencia urinaria y fecal, la indefinición genital y la lesión neurológica espinal”.<sup>2</sup>

Si bien la ambigüedad sexual es inicialmente incluida en la descripción del cuadro clínico, una vez indicado el tratamiento

seguido, es desagregada seguidamente en los términos de una necesaria “determinación del sexo, puesto que sus genitales externos permanecen indefinidos”.

Dada la “envergadura que la determinación del sexo implica”, el equipo profesional tratante presenta el caso a la consideración del Comité de Bioética del hospital, considerando que la asignación de género “no sólo importa una decisión médica sino que se trata de una determinación que involucra nada menos que la cuestión de la identidad”.

Nuestro propósito es recorrer críticamente la argumentación y recomendación desarrolladas por el equipo interdisciplinario interviniente, en tanto manifiestan, a nuestro entender, problemas asociados tanto a la relación entre corporalidad normativizada e identidad de género como a concepciones y prácticas institucionalizadas en torno a la cuestión ética de la autonomía. Este recorrido nos permitirá evidenciar, además, el lugar conferido a la tecnología por los y las profesionales intervinientes, así como dimensionar su impacto en la conceptualización de las relaciones entre cuerpo y subjetividad.

## II

La exposición presentada por el equipo interviniente sostiene, a lo largo de su desarrollo, la posición que considera “ambigua” la identidad de género del/la paciente a partir de su indefinición genital, a pesar de tener a su disposición otros elementos para definir la identidad de género, tal como el análisis de cromatina. Pero según afirma el mismo informe, “no se trata de conocer el genotipo a través del cariotipo del niño, pues la cuestión dependería exclusivamente del factor tiempo, ya que el resultado del mismo se obtiene en 30 días”. Más bien, podemos afirmar que el enfoque que sostiene la argumentación del equipo interviniente no reconoce la posibilidad de divergencia entre identidad de género asignada y expresión fenotípica, divergencia que es presentada bajo la forma de una disociación. De este modo, el desarrollo expositivo transita por diferentes consideraciones atinentes a una doble

necesidad, que aparece unificada en el argumento: por un lado, la necesidad eminentemente legal de asignar un género –masculino o femenino– al bebé para garantizar de este modo su acceso pleno al status de persona; por otro lado, la necesidad de fundar y sostener esta asignación en un correlato genital a través de reconstrucción quirúrgica.

Si consideramos la primera cuestión, tal y como es presentada en el informe, el posicionamiento del equipo interviniente reconoce los imperativos legales y sus consecuencias a nivel asistencial (por ejemplo, en relación al acceso a cobertura social), si bien se ubica críticamente frente a la ceguera de dichos imperativos ante casos excepcionales como éste –y solicita, por tanto, un amparo legal que permita el reconocimiento del bebé como persona más allá de su ambigüedad genital. Sin embargo, aún con la posibilidad de contar con un amparo legal que permita su inscripción sin una identidad de género confirmada, la necesidad de establecerla fehacientemente –y de ratificarla sobre el cuerpo– se mantiene.

Es imprescindible destacar en este lugar que el énfasis de la indagación en torno al sexo a asignar no es el de una búsqueda de la verdad (contenida en la determinación del cariotipo, en el tejido gonadal, etc), sino el de la fabricación de una verdad, a través de una importante mediación tecnológica, capaz de funcionar social y legalmente garantizando la correspondencia entre identidad y genitalidad (Dreger, 1998). Esta posición evidencia claramente, a nuestro juicio, un compromiso previo asumido con las teorías que desde fines del siglo XIX, y con la contribución decisiva de John Money, su equipo de trabajo y sus seguidores y seguidoras hasta la actualidad, vinculan indisolublemente hasta nuestros días identidad con forma genital, colocando el peso de la asignación de género en casos de genitalidad “confusa” en la intervención de normalización a través de cirugías. De esta manera, y tal y como ocurre con el caso en cuestión, la asignación de género se vuelve una agenda quirúrgica y hormonal.

Si atendemos al desarrollo argumental presentado por el equipo interviniente, si bien la genitalidad confusa –causa del “sexo ambiguo”– es ubicada dentro del contexto de las patologías del bebé en cuestión, la demanda de intervención no es justificada



desde ninguna necesidad médica, sino, como veremos, desde una evaluación basada en criterios culturales acerca de la identidad de género y su apoyatura material en el cuerpo. Para Susan Kessler (1998) por ejemplo, esta estructura argumental (la identificación de la genitalidad confusa y el género ambiguo como un problema médico cuyo planteo y resolución son ubicados, sin embargo, en el terreno de las definiciones y valoraciones culturales de la identidad) constituye una característica sobresaliente del paradigma atencional vigente en casos de intersexualidad. Tal y como lo expresa el informe presentado, “el dilema se plasma [...] en que las dos alternativas posibles a seguir, ser varón/ser mujer, no son compatibles con las condiciones que conocemos como “el desarrollo de una vida normal”, ya sea en términos de calidad de vida, de constitución de la subjetividad, de una identidad acorde a sus facetas biológicas tanto en su expresión genotípica como fenotípica, psicosociales y culturales”.

### III

Una vez aceptada la premisa fundamental –aquella que hace residir la identidad en los genitales–, la resolución del dilema planteado en esos términos involucra la consideración de diferentes aspectos relacionados con la necesidad de efectuar una cirugía plástica genital reconstructiva (ginetoplastía).

Las referencias del equipo interviniente a estadísticas internacionales referidas a casos de asignación de género e intervención normalizadora en personas intersex, aparecen en el texto como evidencia transparente llamada a justificar la elección de uno u otro curso de acción. Dichas referencias señalan un mayor índice de depresión e incluso suicidio asociados a una asignación y normalización quirúrgica hacia lo masculino, en tanto que el informe señala que “no parece suceder lo mismo cuando la decisión es inversa, es decir, que el niño sea llevado a ser mujer”. Este uso de la información estadística no toma en cuenta algunos aspectos que consideramos fundamentales:

- En primer lugar, la valoración estadística no evidencia

ningún registro de posibles sesgos genéricos en la recolección de la información. Diferentes estudios sobre el tema afirman un seguimiento muy desigual de pacientes intervenidos, con una clara preponderancia de seguimientos en pacientes asignados como varones (Kessler, 1998; Fausto Sterling, 2000; Dreger, 1998). El informe tampoco consigna ninguna referencia a los espacios diferenciales en los que las sexualidades masculina y femenina son expresadas, ni a la atención profundamente desigual al placer masculino y al femenino. Por ejemplo, no considera en ningún momento la posible pérdida de sensibilidad genital asociada a la normalización quirúrgica feminizante, la cual comparada con la experiencia de una masculinidad “poco viril” quizás aparezca como poco relevante: “la experiencia médica señala que la reconstrucción de los genitales masculinos se ven privados de toda expresión de virilidad, lo cual es esencial en la causa de depresiones severas y trastornos de la personalidad... la experiencia indica que son vidas mejor llevadas en términos de calidad de vida”.

- En segundo lugar, el acto de sopesar posibilidades femeninas y masculinas de la identidad –y de su necesario correlato genital– reproducen acríticamente valoraciones culturales vigentes en torno a la experiencia de ser hombre y de ser mujer (ubicando en el cumplimiento de estas exigencias culturales en el orden del género, la expresión de “una vida más digna de ser vivida”). De esa manera, y sosteniendo el sistema patriarcal de distribución de la diferencia sexual, el argumento considera aquello que hace posible (o imposible) la masculinidad –en tanto que la femineidad es atribuida por defecto–.

- En tercer lugar, el informe no introduce ninguna consideración en torno al resultado de asignaciones de género masculino cuando no han sido acompañadas por intervenciones de normalización quirúrgica de los genitales. La valoración de la información estadística considerada por el equipo interviniente no sólo convalida las estrategias de intervención sino que además, y de un modo central, elimina cualquier referencia a las consecuencias mismas del proceso de normalización quirúrgica –consecuencias que van desde el trauma posquirúrgico, la pérdida de sensibilidad genital, secuelas físicas a nivel urinario, la dependencia de sistemas de

salud de por vida, y el cruento aprendizaje de que la identidad es algo que debe pagarse con el cuerpo. El empleo de tecnología médica no aparece entonces considerado como un componente de la misma identidad intersex (Chase, 1995; Califia, 1997) Las dudas que son expresadas por el equipo interviniente están referidas a la decisión en sí (la exactitud del género atribuido), a la posibilidad de que la persona rechace en un futuro la asignación y normalización realizada (y su derecho a revertirla), pero en ningún momento aparece la interrogación sobre las consecuencias de la intervención tecnológica en la historia personal del sujeto en cuestión.

Tal y como afirman Susan Kessler (1998) y Cheryl Chase (1995), el paradigma atencional de personas intersex se sostiene en la posibilidad tecnológica de normalización genital. Este fundamento tecnológico es percibido a la vez como transparente y como correcto aunque perfectible (argumentándose por lo tanto que las consecuencias padecidas por personas intersex sometidas a normalización quirúrgica son fruto de un estado determinado de la técnica, pero de ningún modo atribuibles a la intervención tecnológica en sí).

## IV

Una segunda línea argumental debe también ser sometida a consideración, y es aquella que traza el mapa de la decisión a ser tomada. En ese mapa vemos dibujarse las exigencias del sistema legal, como dijimos; un esbozo de la historia familiar del paciente y de las relaciones hospitalarias entretejidas alrededor del caso. La decisión es ubicada claramente en un contexto moral, planteado como necesidad de evitar el dolor –y haciendo mención a la necesidad de dotar de contenido específico la definición del dolor a evitar–.

La exposición desarrollada no ubica al sujeto en cuestión en el eje de la decisión –excepto para considerar, aunque sin desarrollo, la posibilidad de que la misma sea rechazada a posteriori. La madre y el padre aparecen como las personas subrogadas, sobre quienes pesa la decisión final, aunque se trate de una decisión informada por una mirada médica y moral constitutiva (Kessler: 1998, Fausto

Sterling, 2000; Badinter, 1993). Según se preguntan los y las profesionales intervinientes, ¿y si determinamos que sea mujer con una cromatina sexual de varón, lo aceptará el niño cuando esté en condiciones de conocer su situación? ¿Alcanzará una sana constitución de la individuación en interrelación con otros, es decir de la subjetividad? ¿Y si reniega de su condición queriendo volver a su sexo genético en su expresión fenotípica, tendría derecho a hacerlo?

Debemos ser muy claros en señalar que no se trata solamente de decidir la asignación de género legal, sino también de decidir sobre la genitalidad, considerada indisociable de aquélla. Las consideraciones que guían la decisión reproducen el mismo recorrido argumental que deja fuera al sujeto en cuestión, sobre cuyo cuerpo se decide.

Una vía de acción centrada en el sujeto reconocería la necesidad cultural de la asignación de género legal, pero disociaría esta necesidad de la que obliga a un alineamiento forzoso entre identidad de género y genitalidad. Respetar a ultranza la autonomía decisional del sujeto implicaría, por supuesto, un compromiso firme del Estado y sus instituciones, así como de la familia y de los equipos de salud, asistencia social, etc a favor de la inclusión no traumática de la persona intersex en la sociedad. La reproducción, sobre el cuerpo de bebés intersex, del paradigma atencional centrado en los genitales interviene a favor de la normatividad cultural de género, clausurando así las posibilidades (y el derecho) de vidas diversas.

### Notas

<sup>1</sup> A lo largo de este informe, y en consonancia con los postulados sostenidos por el movimiento político de personas intersex, llamaremos "intersexualidad" a la variación respecto de genitales femeninos o masculinos standard –siendo las características standard de dichos genitales considerada un dato histórico-cultural y no la expresión de una ley natural de los cuerpos–. Dicha variación puede obedecer a diversas causas (hormonales, enzimáticas, accidentales, etc.) y ser sometida o no a diversas estrategias de normalización sociomédica (quirúrgicas, hormonales, de cambio de identidad legal), que adquieren un carácter determinante en la conformación de la intersexualidad como identidad experiencialmente sostenida.

<sup>2</sup> A partir de este momento, las citas en el texto siguen el informe elaborado por el Comité de Bioética del Hospital de San Justo, 2001 (mimeo, Buenos Aires, Argentina)

### Bibliografía

Badinter, Elizabet (1993): *XY, la identidad masculina*. Norma, Bogota, Colombia.

Ben, Pablo (2000): "Muéstrame tus genitales y te diré quién eres. El 'hermafroditismo' en la Argentina finisecular y de principios de siglo XX", en Omar Acha y Paula Halperín, *Cuerpos, géneros e identidades*, Buenos Aires, Ediciones del Signo.

Butler, Judith (2001): *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, DF, Mexico.

Califia, Pat (1997): *Sex Changes. The Politics of Transgenderism*. Cleis Press, San Francisco, EE.UU.

Chase, Cheryl (1995): "Until Five Years Ago, Intersexuals Remained Silent", Feinberg, Leslie: *Trans Liberation. Beyond Pink and Blue*. Beacon Press, New York, EE.UU.

Dreger, Alice D. (1998): *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Harvard University Press, Massachusetts, EE.UU.

— (1999): *Intersex in the age of Ethics*. University Publishing Group, Maryland, EE. UU.

Fausto Sterling, Anne (2000): *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Basic Books, New York, EE.UU.

Kessler, Suzanne (1998): *Lessons from the Intersexed*. Rutgers University Press, New Jersey, EE.UU.

Laquer, Thomas (1994): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Catedra, Barcelona, España.

Money, John, John Hampson y Joan Hampson (1955): "Hermaphroditism: Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management", *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, N° 97.

— (2002) *Errores del cuerpo y síndromes relacionados*. Biblos, Buenos Aires, Argentina.

Money, John y Richard, Green eds. (1969) *Transsexualism and Sex Reassignment*, John Hopkins Press, Baltimore, EE.UU.