

Transformaciones tecno-científicas de cuerpos, sexos y géneros (1)

Esther Ortega, Carmen Romero Bachiller y Silvia García Dauder

Este trabajo está englobado en un proyecto más amplio denominado «Interacciones Ciencia Tecnología y Sociedad en ciencias biosociales y tecnologías médicas».(2) En este caso, nos interesaba analizar las relaciones entre ciencia, tecnología y sexo/género comparando las prácticas, tecnologías y discursos en el diagnóstico e intervención en procesos de “reasignación de sexo” a personas transexuales, y en la determinación y “asignación de un sexo” – referido como «sexo correcto» - cuando se diagnostican e intervienen “estados intersexuales”. (3)

Los avances en ciencias y tecnologías biomédicas, así como la aparición del concepto de género como la experiencia subjetiva de un sexo que se fija de forma definitiva, a modo de impronta, en los primeros años de vida, en gran medida han condicionado las concepciones modernas y el tratamiento médico de la transexualidad y la intersexualidad (Hausman, 1995), introduciendo nuevos expertos médicos y categorías nosológicas en el diagnóstico de sexos, géneros y deseos “patológicos” y, por tanto, en la intervención de desviaciones, tránsitos o ambigüedades. Esto lleva a que, sobre todo en las sociedades occidentales, tanto la subjetividad de personas transexuales como intersexuales está atravesada, en gran medida, por la interpelación a través del diagnóstico y la incorporación a una categoría médica que se instituye como paso obligado en un ejercicio de colonización médica de los cuerpos sexuados.

En ambos tratamientos, los protocolos médicos están basados en presupuestos comunes incuestionados:

1) la dualidad sexual (solo existen dos sexos); 2) la monosexualidad (cada persona solo puede tener un único sexo, asignado médicamente); 3) la necesidad de coherencia sexo, género y deseo heterosexual y, 4) la

(1) Comunicación presentada en el VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género celebrado en la Universidad de Zaragoza los días 10-15 de septiembre de 2006.

(2) Proyecto de investigación I+D+I 29/03 «Interacciones CTS en ciencias biosociales y tecnologías médicas» (CICYT e Instituto de la Mujer, dirigido por Eulalia Pérez Sedeño).

(3) Una médico española define así los “estados intersexuales”: «De forma simplificada, pero práctica, pensaremos que estamos frente a este problema cuando ante un recién nacido tenemos dudas sobre su sexo, es decir, no sabemos si es niño o niña». (Piró Biosca, 2001:129).

existencia de *una* única, constante e irreversible “identidad de género” (cuyo éxito depende de una anatomía externa aceptable o funcional, de una socialización adecuada y de un deseo heterosexual). El pánico al deseo homosexual, a la ambigüedad o al “quedarse a medias”, entre los sexos, determinan igualmente las diferentes regulaciones.

A lo largo de la historia de la medicina, los cuerpos transexuales e intersexuales han sido utilizados como *objetos* de interés científico, «espacios liminares» donde se dirimían y dirimen controversias (las fronteras entre naturaleza/cultura, innato/adquirido, cuerpo/mente, sexo/género, varón/mujer),(4) y luchas de poder y prestigio entre especialistas médicos. Se trata de dos categorías nosológicas que regulan los tránsitos y las ambigüedades entre sexos/géneros, con un pasado convergente y que movilizan a los mismos expertos y tecnologías (en concreto, la tríada psiquiatra-endocrino-cirujano y su correlato conducta-hormonas-anatomía externa en los llamados “trastornos de identidad de género”; y la tríada cirujano pediatra-endocrino-¿psicólogo?(5) y su correlato anatomía externa-hormonas-conducta en los llamados “estados intersexuales”). No obstante, sus protocolos de actuación difieren en aspectos muy importantes: principalmente, en la relación médico-paciente y en la gestión de la información (el grado de secretismo respecto a algunos aspectos clave y la información sobre las limitaciones de las técnicas y sus efectos) y, sobre todo, en la concepción de la demanda, considerada como un “capricho estético” o como una “urgencia psicosexual”. Si las operaciones de “cambio de sexo”, consideradas por las propias personas transexuales como una *necesidad*, no reciben cobertura médica a través de la seguridad social bajo el argumento de que son operaciones «estéticas», en los casos de intersexualidad se justifican las mismas intervenciones, consideradas, esta vez, «urgentes». Pero la mayoría de las intervenciones quirúrgicas en estados intersexuales,

(4) Esto se hizo especialmente evidente en la controversia clásica entre ambientalismo social e innatismo biológico mantenida por John Money y Milton Diamond, sobre un caso particular de dramáticas consecuencias: el famoso caso John/Joan. Ver a este respecto el análisis que hace Judith Butler (2004).

(5) Salvo en las escasas unidades especializadas que existen, en el estado español es difícil encontrarse con los equipos multidisciplinares que según los expertos médicos se requieren para el tratamiento de los “estados intersexuales”, mucho más la asistencia de atención psicológica.

lejos de estar destinadas a «salvar la vida» o «mejorar la calidad de vida», responden a «satisfacer necesidades sociales», en este caso no tanto de los pacientes, que siendo bebés no pueden decidir, cuanto de la sociedad en su conjunto, en aras de preservar “la verdad” del dualismo sexual (Kessler, 1997). Esto implica que se hayan regulado de forma excluyente ambos diagnósticos y que uno de los requisitos para el diagnóstico en el DSMIV de “trastorno de identidad de género” sea no tener un “estado intersexual” (además de no tener una orientación homosexual). Lo paradójico es que en el caso de los estados intersexuales, los genitales, que son etiquetados en el lenguaje médico como «ambiguos», «ofensivos», «embarazosos» o «vicios del desarrollo», no son en sí mismos dolorosos ni dañinos para la salud física.(6) El argumento médico para justificar intervenciones quirúrgicas muy dolorosas, esta vez sí costeadas por la seguridad social, es la presión y angustia de los padres, la probabilidad esperada de que el niño sufra daño emocional debido al rechazo social y los problemas jurídico-administrativos. Para los médicos, el daño psicosocial producto del rechazo social es mucho mayor que el posible daño físico derivado de efectos iatrogénicos de la cirugía cosmética: un problema estético-social esta vez sí se «cura» médicamente y de forma urgente (Kessler, 1998). Curiosamente, el “daño psicosocial” que expresan las personas transexuales en su demanda de cambio de sexo no es considerado en los mismos términos. Los protocolos médicos de tratamiento para bebés intersexuales traducen la *variabilidad* sexual humana en estadios patológicos de *ambigüedad* genital producto de errores de desarrollo corregibles, de ahí la reciente propuesta de cambio de nomenclatura de “intersexualidad” a DSD o “desórdenes del desarrollo sexual” (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, 2006).

Uno de los aspectos que nos ha interesado en el análisis de ambos casos, transexualidad e intersexualidad, es el papel de la tecnología y su relación con los cambios en las concepciones sociales y médicas de los cuerpos sexuados, y de las necesidades, derechos y deberes asociados a ellos. La tecnología no funciona como mera *intermediaria*, instrumento catalizador neutro e inocente, sino que se convierte en *mediadora* (Latour, 1993: 124) constituyendo agenciamientos híbridos, actantes o cyborgs en términos de Haraway (1995), donde lo biológico, lo tecnológico y lo social se con-funden. Si como señala Latour (1994) la “tecnología es *la sociedad* hecha para que dure” también podríamos añadir que la “tecnología es *biología* hecha para que

(6) Algunos de los síndromes clasificados como estados intersexuales pueden estar asociados a problemas de salud graves, como en casos de Hiperplasia suprarrenal congénita con pérdida salina –imposibilidad de procesar las sales necesarias para el cuerpo-. Pero la masculinización de los genitales que se produce en bebés con cariotipo XX afectados por este síndrome –medida de 0 a 5 en la escala de Prater-, no implica sino la introducción de una variabilidad genital no vinculada a ningún problema médico, y sin embargo es intervenida y descrita como uno de los problemas más relevantes del síndrome.

ture”. Lo curioso es que en los discursos médicos que hemos analizado se simultanea un discurso biologicista y genetista sobre las causas y los orígenes de las enfermedades y de algunos comportamientos sociales, y que está siendo objeto de popularización, con las divulgaciones sobre un progreso tecnológico capaz de superar los límites de la naturaleza, transformando las propias concepciones dicotómicas sobre naturaleza-cultura.

En los textos médicos, la llamada asignación “correcta” del sexo está basada en la existencia de un «sexo natural» por desvelar, curiosamente por medio de tecnologías médicas. Pero lo que los discursos y las representaciones en los manuales médicos sobre «estados intersexuales» nos enseñan es precisamente la multiplicidad semiótico-material de ese supuesto único sexo verdadero, evidenciada cuando sus diferentes componentes no se corresponden. La verdad del sexo se apuntala en múltiples elementos heterogéneos y diversas tecnologías de visibilización y diagnóstico que podríamos reconocer con la metáfora del «uno-múltiple» (Mol, 2002): elementos articulados no inmediatamente equiparables pero entre los que existen «conexiones parciales» (Strathern, 1991). Así, el diagnóstico correcto del sexo natural ¿se refiere al sexo *cromosómico*, al sexo *hormonal*, al sexo *morfológico* genital, a la configuración de los órganos *reproductivos* internos, al sexo *gonadal*? «La asignación de sexo estará generalmente condicionada por la anatomía de los genitales externos, *por las posibilidades de reconstrucción quirúrgica*, por la respuesta hormonal en la pubertad y también, en parte, por las preferencias de los padres.» (Piró Biosca, 2001:130).

El progreso tecnológico ha convertido a los médicos en “mejores lectores” de los patrones de la naturaleza en el diagnóstico del “sexo verdadero”. El natural cuerpo intersexual se considera un “artificio”, un “error de la naturaleza”, en el cual el sexo «natural», «verdadero» o «correcto» debe producirse artificialmente. Es la tecnología médica la que se encarga, mediante la reconstrucción hormonal y quirúrgica, de «sexuar» al cuerpo «no-sexuado» intersexual, ajustándolo a un sexo «natural» y «verdadero», asignado médicamente en función

de las expectativas de género heterosexuales – fundamentalmente la *falométrica* -(7) y los avances en tecnologías médicas.

Paradójicamente la *fluidez* de los cuerpos sexuados posibilitada por la tecnología es utilizada para garantizar la *estaticidad* de la dualidad genérica en un proceso de *cajanegrización* de lo social: si podemos cambiar la biología a través de la tecnología, ¿para que cambiar lo social? «¿Por qué la solución para genitales variables reside en el cuchillo y no en las palabras?» (Kessler, 1998). ¿En qué medida influye en ello el compromiso con el concepto de progreso médico –y la historia de la cirugía cosmética- y con el de dualismo sexual? La fórmula “biología es destino” se reconceptualiza mediada por la tecnología: $\text{Biología} + \text{Tecnología} = \text{Destino}$. Con los avances en las tecnologías médicas, la biología hormonal o la anatomía resultan más maleables al cambio que las normas y las expectativas sociales de género. Tras varias décadas de uso por parte de la teoría psicológica de una noción ambientalista de la «identidad de género», nos encontramos con *la maleable artificialidad del sexo natural y la sedimentada naturalización del género cultural*.

Pero también nos ha interesado la mediación tecnológica, esta vez no de tecnologías médicas sino de nuevas tecnologías de la información como Internet, en la generación y colectivización de conocimientos e identidades en torno a la transexualidad y la intersexualidad. Si en los manuales médicos y en las revistas científicas, las personas transexuales e intersexuales aparecen como casos patológicos, reificados, recipientes de acciones médicas y recursos donantes de interés científico sin voz –y a veces con los ojos tapados-; una tecnología como Internet ha posibilitado que los “objetos de conocimiento médico” *objeten* (Latour, 2000) y se resistan a los discursos y protocolos médicos, que intercambien conocimientos y generen una identidad colectivizada y politizada. Ello ha implicado cambios en las relaciones sujeto-objeto de conocimiento, hasta el punto de que los propios “objetos de conocimiento” (los colectivos transexuales e intersexuales) se han

(7) Según la «falométrica», un «micropene» inferior a 2,5 centímetros al nacer se considera socialmente inviable, con la consiguiente decisión médica de reasignación como «niña» -independientemente del sexo cromosómico- y la reducción clitoridiana correspondiente: el micropene pasa a describirse a partir de ese momento como un clitoris hipertrofiado (Fausto-Sterling, 2000). La conformación de lo femenino como una condición de falta lleva a los médicos a asignar al 90 % de los bebés anatómicamente ambiguos como «mujeres» (Fausto-Sterling, 2000). «Siempre se ha pensado que es más sencillo técnicamente, y mejor para el individuo, construir unos genitales femeninos (tanto desde el punto de vista anatómico como funcional) que un pene cosmética y funcionalmente correcto». (Piró Biosca, 2001:130).

convertido en auténticos “expertos” de los “sujetos de conocimiento” (los médicos), convirtiéndose en “expertos de los expertos”. Más que una inversión sujeto-objeto, lo que ha posibilitado la creación de diferentes páginas web, foros de debate, chats o blogs, ha sido una articulación de los diferentes actores implicados generando nuevos conocimientos y alianzas, produciendo cambios tanto en los colectivos trans e inter como en la comunidad médica, diversificando voces y perspectivas en torno a cuestiones sociales, médicas y jurídicas relacionadas con la transexualidad y la intersexualidad y generando controversias y debates esta vez abiertos a múltiples actores y no solo a los expertos médicos.(8) En definitiva, se está produciendo una cierta rearticulación democratizadora del conocimiento socio-científico posibilitada por las mediaciones tecnológicas.

(8) Debates como los que está habiendo en torno a la propuesta de cambio de nomenclatura de “intersexualidad” a “DSD o desórdenes del desarrollo sexual”. Ver las páginas de la OII <http://www.intersexualite.org>

Referencias bibliográficas

Butler, Judith (2004). *Undoing Gender*. Nueva York y Londres, Routledge.

Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the body*. New York: Basic Books.

Haraway (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra.

Hausman, Bernice (1995). *Changing Sex. Transsexualism, technology and the idea of gender*.

Hughes, I.A., Houk, C., Ahmed, S.F., Lee, P.A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch. Dis. Child*, 91, 554-563.

Kessler, Suzanne (1997). Meanings of gender variability. *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, 2 (5): 33-38.

Kessler, Suzanne (1998). *Lessons from the Intersexed*. London: Rutgers Univ.Press.

Latour, Bruno (1993). *Nunca hemos sido modernos*. Madrid: Debate.

Latour, Bruno (1998). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. En Miquel Doménech y Francisco J. Tirado (comp.), *Sociología Simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (109-142). Barcelona: Gedisa.

Latour, Bruno (2000). When things strike back: A possible contribution of "Science Studies" to the Social Sciences. *British Journal of Sociology*, 51,1, 107-123.

Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham y Londres: Duke University Press.

Piró Biossa, Carmen (2001). Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico. En S.E.E.P.(Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica), *Estados intersexuales e hipogonadismo. (Libro Curso de Formación Postgrado)*.
<http://www.seep.es/privado/2001postgrado.htm>

Strathern, Marilyn (1991). *Partial Connections*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.