

La despatologización de la transexualidad: ser minoría no es enfermedad. Hacia una ética de denuncia de la etiología social del sufrimiento¹

Georgina Strasser²

Resumen

El presente trabajo es una propuesta de análisis y reflexión teórico-conceptual en torno a la transexualidad en tanto objeto de construcción de representaciones heterogéneas y en tensión desde distintos espacios: el psico-médico, el legal, la antropología, la filosofía y desde las militancias feministas y LGBTQI; modelos de significar y percibir que se materializan en prácticas y realidades que difieren en cuanto a inclusión y promoción de derechos. A partir de reconocer el vínculo entre salud y género desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, se analizan las consecuencias de la medicalización y su consecuente patologización de la transexualidad con su correspondiente propuesta terapéutica y los efectos iatrogénicos de la misma, en contraposición a perspectivas despatologizadoras y de abordaje integral a la salud. Se recuperan los aportes de la Antropología para el cuestionamiento de dicotomías como sexo/género, naturaleza/cultura, normal/patológico, así como la crítica que desde la Antropología Médica se ha realizado al biologicismo y a la reificación de categorías diagnósticas desde el modelo biomédico. La discusión acerca de la despatologización conlleva analizar el papel de las clasificaciones y criterios de visión y división en tanto estigmatizadores pero también otorgadores de reconocimiento social. A partir de la visibilización de las violencias y del sufrimiento producidos por un sistema sexo-género jerárquico y rígido se señala el valor de terapias trans-afirmativas así como la necesidad de un posicionamiento ético en los espacios de atención terapéutica, educativos y comunicacionales para promover prácticas y vínculos sociales acordes con el nuevo marco legal argentino que pretende ampliar el ámbito de los derechos humanos.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; salud trans; disforia de género; despatologización; antropología médica

Resumo

O presente trabalho é uma análise e uma reflexão teórico-conceitual referente a transexualidade em quanto objeto de construção de representações heterogêneas e em tensão desde diferentes espaços: psico-médico, legal, antropológico, filosófico; assim como desde militâncias feministas e LGBTQI.

¹ Recibido: 11/agosto/2019. Aceptado: 01/noviembre/2019.

² Licenciada en Antropología, FCNyM, UNLP (1998-2004). Doctora en Ciencias Naturales, FCNyM, UNLP (2006-2011, becaria de CONICET 2006-2011) Área temática: Antropología médica. Prof. Adj. Efect. Excl. de Antropología, en Lic. y Profesorado en Psicología, Lic. En Comunicación Social y Lic. en Periodismo, FCH, UNSL, octubre 2014 y continua. Ha sido Aux. de 1era Efect. en Antropología Cultural y Social, FaPsi, UNLP octubre 2009-febrero 2015, y Prof. Adj. Int. en el Dpto de Salud Comunitaria, UNLa, en Docente del Doctorado en Salud Colectiva, de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (MEGYPS), en la Carrera de Especialización en Gestión en Salud (CEGES), y en la Carrera de Especialización en Epidemiología (CEEPI), febrero 2012- marzo 2014. Participación como investigadora en: "La Persona desde una Perspectiva Integradora. Estudio de la Personalidad y la Promoción de Salud". PROICO N° 12-0816, 01/2016-12/2019; "Bioética y epistemología en universidades y sociedades del sur global". PROICO 4-1614, 11/2014- 12/2017; "Un análisis del archivo de las Historias Clínicas del Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires (1897-1987) desde la Epidemiología Sociocultural". Convocatoria Amílcar Herrera 2012, Res. 2922/2012, 01/2013-04/2014.; Codirección del Proyecto de Investigación Epidemiológica en Salud Mental "Salud integral y salud mental en el colectivo trans de la región Cuyo". Categoría 3 del Programa de Incentivos.

Estes espaços desenvolvem modelos que significam e impactam nas formas de perceber a transexualidade, o que se materializa nas práticas e nas realidades, em especial, no que tange a inclusão e a promoção de direitos. Desde o reconhecimento do vínculo entre saúde e gênero a partir do enfoque dos determinantes sociais da saúde, se analisam as consequências da medicalização e da patologização da transexualidade com sua correspondente proposta terapêutica e os efeitos iatrogênicos da mesma, em contraposição a perspectiva de despatologização e abordagem integral da saúde. São recuperados os aportes da Antropologia para o questionamento de dicotomias como sexo/gênero, natureza /cultura, normal/patológico, do mesmo modo que se há realizado desde a Antropologia Médica a visão biologicista e a reificação de categorias diagnosticas do modelo biomédico. A discussão sobre a despatologização leva a analisar o papel das classificações e critérios de visão e divisão em quanto estigmatizadores, mas também como parte do discurso no âmbito de reconhecimento social. Por meio da vizibilização das violências e do sofrimento produzido por um sistema sexo-gênero hierárquico e rígido, é importante destacar o valor de terapias trans-afirmativas, assim como, a necessidade de um posicionamento ético nos espaços: de atenção terapêutica, educativos e de comunicação pública, para promover práticas e vínculos sociais em concordância com o novo marco legal argentino que pretende ampliar o âmbito dos direitos humanos.

Palavras chave: Determinantes sociais de saúde; saúde trans; disforia de gênero; despatologização; antropologia médica

Abstract

This article is a proposal to theoretical and conceptual analysis and reflection about transsexualism as the object of construction of heterogeneous and contrasting representations from different fields: the psycho-medical one, the legal one, the Anthropology, the Philosophy and the feminist and LGBTQI activism; models of signification and perception that materialize into practices and realities that are different regarding inclusion and rights promotion. Based on the perspective of the social determinants of health, that recognizes the linkage between health and gender, the consequences of medicalization and its pathologization of transsexuality are analyzed, as well as its therapeutic offer and the iatrogenic effects related to it in contrast to despathologization perspectives and integrative healthcare approach. The contributions of Anthropology to questioning dichotomies such as sex/gender, nature/culture, normal/pathologic, are taken into account as well as the Medical Anthropology's criticism of the biomedical model for its biological reductionism and the reification of diagnosis categories. To discuss about despathologization involves analyzing the role of classifications and criteria of vision and division as stigmatizing ways but also as social acknowledgement possibilities. Once the violence and suffering resulting from the hierarchical and fixed sex-gender system are make visible, there is no doubt about the value of trans-affirmative therapies as much as the need of an ethical stance in the therapeutic assistance field, and educational and communicational areas in order to promote practices and social ties according to the argentine new legal frame aimed at expanding the scope of human rights.

Keywords: Social determinants of health; transgender health; gender dysphoria, despathologization; medical anthropology

Salud y Género: el enfoque de los determinantes sociales de la salud

Desde la Antropología Médica y la Epidemiología sociocultural se enfatiza que los procesos de salud-enfermedad-atención son fenómenos sociales en dos sentidos: son

objeto de la construcción de saberes y prácticas tanto por parte de los profesionales como por los sujetos legos (las experiencias de malestar y padecimiento son uno de los aspectos de la vida cotidiana que mayor producción de significados demanda) (Menéndez, 2015); pero además su carácter social reside en que son emergentes de las condiciones de vida y trabajo de los pueblos, y en ese sentido es crucial poder leerlos como “algunos de los principales ‘espías’ de las contradicciones de un sistema”, es decir, expresión de los conflictos y las desigualdades sociales (Berlinguer, 1983; Berlinguer, 2006).

Recuperar el papel de los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad implica la crítica a la medicalización de los mismos, es decir, a darle explicación y solución exclusivamente desde el ámbito médico, que en nuestra sociedad es el biomédico, y recuerda la importancia de la mirada epidemiológica (en su sentido amplio y originario) que permita tener en cuenta las causas sociales de los padecimientos.

En términos analíticos se suele distinguir entre determinantes de la salud en un nivel más macro, como el modo de producción, los procesos migratorios y de desplazamiento forzado de poblaciones, la desigualdad, los procesos de trabajo; y determinantes sociales de la salud que operan en niveles más microsociales, como el acceso a la educación formal, las redes sociales, aspectos culturales y aquellos vinculados a formas de vida, hábitos de consumo, etc. El género, en tanto constructo sociocultural, ha sido identificado como un factor que atraviesa la producción social de la enfermedad, a la par de la clase social, la adscripción étnica y otros espacios de pertenencia social.

Si bien ya desde mediados de los años 60 comenzó a desarrollarse una epidemiología para dar cuenta de los determinantes sociales, la misma no cuestionó el marco clínico y medicalizante y las estrategias de atención siguieron hegemónicas por la biomedicina, sin incorporar las dimensiones psicológica y social (De Lellis, 2015: 88). Esto implica que, a la hora de comprender la etiología de las enfermedades y daños a la salud, se sobrevaloren los factores biológicos por encima de los psicológicos, sociales, culturales y económicos, ponderándose lo curativo por sobre la promoción de la salud (Morales Calatayud, 2015). La dificultad de abordaje e investigación de los determinantes sociales de la salud subyace en que se los reifica como variables independientes en lugar de considerarlos como procesos relacionales entretejidos en cadenas de causalidad múltiple no lineal. La epidemiología tradicional al elaborar modelos multicausales para incorporar los aspectos sociales y culturales, pero sin modificar la noción misma de causalidad, termina cosificando estos aspectos, es decir, trata los factores sociales y culturales como variables biológicas, como si pudieran aislarse y medirse su impacto en la salud de manera individualizada (Martínez Hernáez, 2010). Por ello Castro, al mencionar el género dentro de

su breve descripción de los determinantes sociales de la salud, remarca que este “hace referencia a las desigualdades socialmente construidas entre los sexos, a los significados culturalmente asignados a lo femenino y a lo masculino y que, justamente por ser de origen cultural, muy poco o nada tienen que ver con las diferencias biológicas entre los sexos. De ahí la importancia de no confundir análisis con perspectiva de género con análisis que simplemente diferencian por sexo” (Castro, 2011: 52).

El género, entendido como una construcción sociocultural, es considerado un determinante social de los procesos de salud-enfermedad en tanto que como conjunto de representaciones y prácticas de adscripción-exclusión, insertas en contextos asimétricos, tiene una fuerte influencia en los diferenciales de morbilidad y mortalidad. Pero además el cruce entre identidad de género y salud es clave porque de los múltiples ejes identitarios, el de género tiende a biologizarse. En contextos culturales occidentales/occidentalizados, donde la biología es vista como inmutable, universal y determinante de lo social y de lo moral, aquello que se biologiza tiende a ser tratado en términos biomédicos y queda por fuera de toda discusión ética: lo que ‘natural’ es incuestionablemente ‘bueno’ y ‘sano’ para los sujetos y los grupos sociales.

Reconocer el sistema sexo-género como un fuerte determinante de los procesos de salud-enfermedad implica la convergencia de dos grandes campos de la antropología (género y salud-enfermedad) emergiendo un espacio de abordaje necesariamente y fuertemente interseccional: antropología, género y salud. Así es posible echar luz sobre la morbi-mortalidad diferencial respecto a variables relacionadas al sistema sexo-género, como también sobre las prácticas y representaciones profesionales y las dinámicas institucionales en torno a la salud-enfermedad que, no por pertenecer al campo científico y tecnológico quedan por fuera del sistema sexo-género, sino que son espacios centrales para la producción y reproducción del mismo, para la construcción y reforzamiento de su versión hegemónica, pero también desde donde se debe abordar su crítica y deconstrucción.

Nuevo marco legal argentino para la salud mental y el género, hacia perspectivas integrales y desmedicalizadoras.

Desde mediados de la década pasada, durante las presidencias de Kirchner y Fernández de Kirchner el marco legal argentino se vio fuertemente modificado por leyes orientadas a una ampliación de derechos sociales y civiles³. En lo que compete a los

³ Por ejemplo, la ley de Financiamiento Educativo, ley de Educación Sexual Integral, ley de Educación Nacional, ley de Prevención y sanción de la Trata de Personas y asistencia a sus víctimas, ley de Movilidad Jubilatoria, ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, ley de creación del Banco

profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, la Ley nacional de Salud Mental (N° 26.657, sancionada en el 2010) y la Ley de Identidad de Género (N° 26.743, sancionada en el 2012) implicaron un cambio de paradigma hacia el reconocimiento de los derechos de grupos tradicionalmente vulnerados y una mirada crítica a los procesos de patologización y medicalización de todo lo que cuestione o se aleje de los parámetros considerados normales.

La Ley Nacional N° 26.657 (hoy bajo amenaza de derogación por un decreto reglamentario que echa por tierra sus puntos centrales, aprobado “a puertas cerradas por el Ejecutivo nacional con el consenso exclusivo de la corporación médica”⁴), en su artículo 3, refiere a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”, por lo que se torna necesario pensar en la formación de los futuros profesionales del campo de la salud mental desde una perspectiva que contemple esta complejidad. Definir de este modo la salud exige profesionales que cuenten con estrategias de abordaje interdisciplinario, con una multireferencialidad teórica y una diversidad metodológica investigativa y terapéutica.

Interdisciplinariedad no implica desconocer la especificidad de los diversos campos de conocimiento ni diluir las responsabilidades, lo que se pone en cuestionamiento es la hegemonía de ciertas profesiones que atenta contra el necesario y postergado abordaje integral para lograr recuperaciones sostenibles. “Se requiere de diagnósticos interdisciplinarios e integrales buscando caracterizaciones de las personas y las probables causas de sus padecimientos, según las perspectivas de las distintas disciplinas” (Plan Nacional de Salud Mental, 2013: 16). Para ello dicha ley explicita, en su artículo 33, una serie de recomendaciones a tener en cuenta en los espacios de formación de los profesionales del campo de la salud mental, las cuales son desarrolladas más extensamente en el Anexo III realizado por la Comisión Nacional Interministerial de Políticas Públicas en Salud Mental (CONISMA).

El primer aspecto mencionado en estas recomendaciones es el enfoque de derechos desde el que se sostiene el principio de no discriminación, que “expresa el reconocimiento

Nacional de Datos Genéticos (para la identificación de niños apropiados durante la dictadura), ley de creación del Ente Nacional de Alto Rendimiento Deportivo, ley Celíaca, ley de Matrimonio Igualitario, ley de Salud Mental, ley del Nuevo Estatuto del Peón Rural, ley de Muerte Digna, ley de Identidad de Género, ley de Femicidio, ley de fertilización asistida, por mencionar algunas de las más de 50.

⁴ Ver <https://www.pagina12.com.ar/75761-un-modelo-contrario-a-la-ley>,
<https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>

La despatologización de la transexualidad: ser minoría no es enfermedad. Hacia una ética de denuncia de la etiología social del sufrimiento
Georgina Strasser

de todas las personas a la igualdad en el ejercicio de sus derechos, así como el respeto a la diversidad en sus distintas expresiones como género, diversidad sexual, cultural, nacionalidad por origen, aspecto físico, situación de salud-salud mental, discapacidad, situación socio-económica, entre otros”. Para que el mismo esté presente en las prácticas, es necesario “problematizar en las instancias de formación, extensión e investigación el rol profesional, las representaciones, prácticas y políticas atravesadas por estereotipos, prejuicios y estigmas con implicancias en el plano de la salud, tales como la supuesta peligrosidad e irreversibilidad del padecimiento mental, que se traducen en conductas discriminatorias y/o manifestaciones de violencia institucional”. Con este punto se destaca el lugar que tienen las heteroidentificaciones (la identificación realizada desde ‘el otro’) negativas en los procesos de salud-enfermedad-atención, tanto en la causalidad de múltiples formas de padecimiento como en la calidad y tipo de atención recibida.

Uno de los mecanismos sociales fundamentales de exclusión y subordinación es el que afecta a todo sujeto que no ocupe la posición superior, o (y peor aún) a quien pretenda cuestionar el orden binario de la heteronormatividad asumido como ‘ley natural’. Dicho orden se basa en la asunción de que sólo existen dos sexos (varón y mujer) determinados por características anatómicas distintivas, que conllevan características psicológicas e identitarias contrastantes y fijas (rasgos de la personalidad, roles sociales, preferencias sexuales, etc.) y que esta dicotomía es algo ‘natural’ y por ende es lo ‘normal’, así como también lo es la familia patriarcal, monogámica y heterosexual (Femenías, 2015). En relación a la perspectiva de género, el ítem 7 del documento de CONISMA resalta “la vigencia de estereotipos de género que generan condiciones de padecimiento a partir de la consolidación de roles rígidos en la sociedad, que devienen en situaciones cotidianas de discriminación”.

En el mismo documento se hace hincapié en la importancia de la mirada epidemiológica que permita tener presente las causas macrosociales de los padecimientos, los determinantes sociales de la enfermedad: “pese al cúmulo de evidencias que permiten establecer una asociación de ciertos determinantes sociales con los procesos individuales y colectivos de padecimientos mentales, la formación se centra habitualmente en el abordaje disociado y fragmentado de los aspectos biológicos–psicológicos–sociales que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-cuidado”. Un ejemplo donde el papel de los determinantes sociales es crucial es el de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Esto es contemplado en el ítem 8, donde, frente a “la existencia de un discurso hegemónico que patologiza, criminaliza y estigmatiza, excesivamente centrado en las sustancias definidas como ilegales, e ignora las determinaciones socio-históricas”, se

recomienda trabajar en torno a los contextos de vulnerabilidad que propiciaron dichos consumos y, “dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en Naciones Unidas y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños” (Plan Nacional de Salud Mental, 2013: 15).

Insistir en los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad conlleva la crítica a la medicalización de los mismos, es decir, a darle explicación y solución desde el ámbito médico, que en nuestra sociedad es el biomédico. En el ítem 19 se recomienda “el estudio crítico de los métodos de clasificación diagnóstica que tienden a incluir al sujeto en categorías englobantes y generales, descuidando su historia y contexto; visibilizar y problematizar las tensiones que atraviesa la formación, investigación y ejercicio profesional en relación con los fenómenos de ‘patologización’ y ‘medicalización’ (que involucran pero exceden a los actores del campo de la salud); y promover que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios y en el contexto de estrategias integrales que consideren la subjetividad”.

Desde la antropología médica crítica se ha cuestionado la reificación u ontologización de las categorías de enfermedad, problema que se acentúa en el caso de los trastornos mentales, donde la clasificación a partir de su manifestación en realidades conductuales requiere un grado de abstracción aún mayor y donde los fenómenos que son tomados como síntomas psiquiátricos están entretejidos con manifestaciones normales del sufrimiento humano (temor, frustración, angustia, tristeza, etc.). En el apartado “Base conceptual del Plan Nacional de Salud Mental” se destaca el cambio conceptual sobre el que se erigió la nueva Ley, que ya no emplea la expresión ‘enfermedad mental’ sino ‘personas con padecimiento mental’. Lejos de ser meramente un cambio terminológico, hablar de ‘padecimiento psíquico’ o ‘sufrimiento mental’ implica, como señala Faraone, una ruptura epistemológica en el campo de la salud mental, pues se trata ya no de una enfermedad en-sí, sino de un tipo de relación entre el sujeto (incorporando su punto de vista) lo social y lo cultural. “A diferencia del concepto de ‘enfermedad’ o ‘trastorno’, los nuevos enunciados de ‘padecimiento’ o ‘sufrimiento’ instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto [...] se trata entonces de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos estructurales e históricos” (Faraone, 2013: 36).

Así, frente a una mirada positivista de las categorías de enfermedad, que las aborda como entidades independientes, existentes como conjuntos de síntomas claramente

delimitados y empíricamente observables, y que no permite distinguir otras formas de padecimiento por fuera de las fronteras de las categorías diagnósticas, se propone un abordaje procesual y relacional, que permita entender las formas de padecimiento y sufrimiento en su diversidad fenomenológica, articuladas en constelaciones particulares, en función de la biografía del sujeto y de su ubicación en el mapa social.

Por su parte, la Ley 26.743 de Identidad de Género al hacer propio el desarrollo de los estudios de género que desbiologizan y desencializan el género, promueve desligar el reconocimiento de la identidad autopercebida de la exigencia de manifestar características corporales tradicionalmente asociadas a los géneros, pero también permite separar el derecho al acceso a intervenciones quirúrgicas y hormonales del requisito de una etiqueta patologizante. Esta ley sostiene que el concepto de ‘identidad de género’ representa “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (artículo 2).

Así mismo, dicha ley hace efectivo el acceso al reconocimiento legal de la identidad de género por medio de un simple trámite administrativo: “toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida”. A diferencia de lo que ocurre en otros países, esta ley reconoce que “la genitalidad no define la identidad de género de la persona”, por lo tanto especifica que en ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico. De todas maneras, la ley garantiza el acceso a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo (incluida la genitalidad) a la identidad de género autopercebida en caso de que la persona así lo deseara, requiriéndose únicamente el consentimiento informado de la misma (si es mayor de dieciocho años de edad) sin ser necesaria ninguna autorización judicial o administrativa.

Sexo/género, naturaleza/cultura, normal/patológico, los aportes de la mirada antropológica

Durante el siglo XX se fue afirmando y tecnificando la mirada científica moderna sobre el cuerpo y el comportamiento sexual, hasta entonces abordados desde la religión y la

filosofía moral, siendo la medicina y las disciplinas psi (psicología, psiquiatría y psicoanálisis) las que fueron construyendo desde la hegemonía de sus discursos la frontera entre lo normal y lo patológico a partir de un esquema dimórfico y dicotómico, adscribiendo a cada cuerpo un sexo y un género ‘coincidentes’ donde la no correspondencia (como en las experiencias transsexuales o intersex) es entendida como patología (Almeida y Murta, 2013; Dellacasa, 2016).

Se le atribuye a Money el haber sistematizado a mediados de los años 50 la distinción entre sexo y género, entendiendo al primero como el ámbito de la biología, universal e innato, y al segundo como el ámbito de la cultura, particular y aprendido. Esta distinción sexo/género fue útil para la segunda ola del movimiento feminista en su lucha contra las explicaciones biologicistas de las diferencias de género que pretendían justificar las desigualdades en torno a este a partir de una supuesta distribución natural de capacidades diferentes. “La premisa de la posibilidad de diferenciar entre los dominios de lo cultural y de lo biológico en la que se basa la distinción sexo/género abrió un campo de estudio para la investigación feminista: la variabilidad cultural e histórica del género. En las décadas de 1970 y 1980 la difusión del paradigma de la identidad de género trajo consigo un incremento de la investigación sobre las diferencias de sexo/género en los ámbitos de la sociología y la psicología. El feminismo retó al determinismo biológico de la ciencia sexista. No obstante, las feministas que trabajaban dentro del paradigma de la identidad de género no se cuestionaron la distinción naturaleza/cultura en la que éste se basaba. Así, el debate acerca del determinismo biológico (el género como determinado por el sexo) *versus* construcción social (el género es una construcción social no determinada por el sexo) se mantuvo dentro del marco epistemológico de la distinción naturaleza/cultura” (Soley-Beltran, 2003: 65).

Si bien la distinción sexo/género fue planteada inicialmente en términos de naturaleza/cultura, hoy en día está ampliamente asumido por las corrientes feministas y disciplinas como la Antropología y la Sociología, que tanto el sexo como el género “no es una propiedad de los cuerpos o algo originalmente existente en los seres humanos, sino el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, en palabras de Foucault, por el despliegue de una tecnología política compleja” (De Lauretis, 1989: 8). La afirmación de la existencia de sólo dos sexos distintos y opuestos, donde el comportamiento está vinculado a la genitalidad y sobre los que se apoya una psiquis correspondiente no es una manera objetiva, a-histórica y transcultural de percibir el sexo-género, sino una epistemología propia de cierto orden económico, político y cultural a cuyo mantenimiento contribuye (Almeida y Murta, 2013).

La idea una biología humana que antecede a la cultura y la determina o al menos marca su dirección planteando necesidades básicas universales, es producto de una concepción lineal de la evolución que plantea que la cultura habría aparecido recién a partir de un punto crítico, un umbral cruzando el cual dejamos de ser meros animales y pasamos a ser productores de cultura, por lo que podría hacerse el ejercicio retrospectivo de pensar un hombre natural sin modificaciones culturales. Desde estas concepciones, la cultura es vista como un epifenómeno, algo que poco tiene que ver con la biología humana, pensada entonces en términos universales, a-culturales o peor aún, pre-culturales, siendo anterior a la cultura, ésta viene a ocupar el lugar de respuesta a determinantes o necesidades biológicas universales. Esta manera de pensar los distintos aspectos del fenómeno humano es cuestionada por Geertz, quien la tilda de “concepción estratigráfica” de las relaciones entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde esta perspectiva se entiende la cultura como el último nivel emergente, componente irreductible a los niveles inferiores, pero que nada tiene que decir sobre estos, es decir, no es posible pensar cómo la cultura se entreteje con nuestra biología, no es posible pensar la dialéctica naturaleza-cultura (Geertz, 1973). Es este esquema el que opera en los intentos de establecer una Psiquiatría o una Psicología transcultural así como en los superficiales intentos de incorporar lo social y cultural en la mirada biomédica.

La cultura, entendida como recursos simbólicos para orientarse en el mundo y por cuya acción la amplitud e indeterminación de las facultades inherentes al hombre queda reducida a un conjunto de conductas concretas, no puede pensarse como un ornamento que se puede quitar para describir un Hombre universal, sino como condición esencial de la existencia humana, es el contexto de inteligibilidad de toda acción humana sin el cual ésta sería un puro caos sin finalidad dada la plasticidad e indeterminación de nuestra biología (Geertz, 1973).

En el reconocimiento de la imposibilidad de acceder al sexo como un en-sí, biología pura, externa y anterior a cualquier categoría cultural han sido de gran valor los aportes de Butler, quien a su vez se apoya en los señalamientos de Wittig respecto al carácter culturalmente construido (y por ende histórico, particular y vinculado con el orden político y económico) del sexo dicotómico. Lo que llamamos biología no es en sí algo binario, fuera de toda matriz cultural es un continuo amorfo al que sólo accedemos a partir de una red de significados socialmente compartidos. De acuerdo a la teoría performativa de género de Butler, lo que permite la percepción material de cuerpos sexuados es la reiteración de prácticas discursivas de sexo-género (Butler, 2002). “Butler rechaza la distinción entre sexo y género, considerando que ambos conceptos son normativos y, en consecuencia, refuerzan

estereotipos y mandatos, subrayando que al entenderlos como una relación de causalidad, se convierte al género también en binario y 'natural'. Esto se torna en un nuevo fundamento último de la patologización de las sexualidades alternativas. Este desafío crítico a la estabilidad del dimorfismo sexual, la llevó a acuñar la noción de 'categorías identitarias transgénéricas' renovando las concepciones habituales sobre el cuerpo y la sexualidad" (Femenías, 2015: 169).

Que el sexo no antecede ontológicamente al género, que no es posible hablar de un sexo precultural, queda en evidencia cuando se considera la respuesta social, biomédica y psi frente a los nacimientos de personas intersex. Podría decirse que en esos casos la biología misma se encarga de mostrar que el binarismo sexual no está en la naturaleza sino en la matriz cultural genérica a través de la cual se lo lee. Sin embargo la crisis de inteligibilidad que estas biologías plantean al desbordar dicha matriz, se traduce en una crisis social, en una urgencia de reasignar a este sujeto a alguna de las dos categorías de género disponibles, modificando (entiéndase 'mutilando') los genitales 'subversivos' para mantener el principio de coherencia cuerpo-subjetividad. "Tan fuerte es el dogma sobre la dicotomía anatómica, que cuando no se la encuentra se la produce", señala Maffía en su Introducción al libro "Sexualidades migrantes. Género y transgénero" (Maffía, 2003: 5).

Cabral, historiador, activista intersex y uno de los autores de los principios de Yogyakarta, señala que "cada vez que la intersexualidad aparece en el horizonte de lo registrable se produce, precisamente, una crisis de registro –y, de pronto, un cuerpo humano se convierte en carne dolorosamente inclasificable–. La crisis registral produce, cual efecto dominó, una crisis bioética, y aquello que sería criminal en el contexto de otras vidas y otros cuerpos se convierte en protocolo a obedecer en el contexto de nuestras vidas y nuestros cuerpos. La relación entre genitales y registro enloquece de literalidad –y de pronto, para ser alguien es imprescindible encarnar un género absoluto en la reducida superficie de la entepierna" (Cabral, 2013, s/p).

Frente a la posición de muchas feministas que, desde una definición eurocéntrica plantean la universalidad del sistema sexo-género, Segato señala que, mientras que en el mundo-aldea existe una dualidad jerárquica en torno al género en términos de desigualdad entre lo masculino y lo femenino, ambos tienen plenitud ontológica y política; en cambio en el mundo de lo que ella denomina colonial-modernidad no hay dualidad sino binarismo. "Mientras que en la dualidad la relación es de complementariedad, la relación binaria es suplementar, un término suplementa –y no complementa- el otro. Cuando uno de esos términos se torna 'universal', es decir, de representatividad general, lo que era jerarquía se transforma en abismo, y el segundo término se vuelve resto [...] cualquier manifestación de

la otredad constituirá un problema, y sólo dejará de hacerlo cuando tamizado por la grilla ecualizadora, neutralizadora de particularidades, de idiosincrasias. El otro-indio, el otro-no-blanco, la mujer, a menos que depurados de su diferencia o exhibiendo una diferencia conmensurabilizada en términos de identidad reconocible dentro del patrón global, no se adaptan con precisión a este ambiente neutro, aséptico, del equivalente universal” (Segato, 2015: 89).

Esta autora señala además que “comparado con otros ejemplos etnográficos, la construcción occidental del género es una de las menos creativas, una de las menos sofisticadas, pues enyesa la sexualidad, la personalidad y los papeles sociales en el dimorfismo anatómico de manera mucho más esquemática que otras culturas no occidentales [...] Lo que se comprueba es que la fluidez, los tránsitos, las circulaciones, las ambivalencias y las formas de vivencia de género que resisten a ser encuadradas en la matriz heterosexual hegemónica están y siempre estuvieron presentes en todos los contextos como parte de la interacción social y sexual. Sin embargo, el control del patriarcado y su coacción se ejercen como censura en el ámbito de la simbolización de esa fluidez -el ámbito discursivo-, en el cual los significantes son disciplinados y organizados por categorías que corresponden al régimen simbólico patriarcal [...] la construcción occidental del género es una de las menos creativas, una de las menos sofisticadas, pues enyesa la sexualidad, la personalidad y los papeles sociales en el dimorfismo anatómico de manera mucho más esquemática que otras culturas no occidentales” (Segato, 2010: 15).

Así, la mirada antropológica ha permitido que los estudios y la militancia de género trasciendan el cuestionamiento de la estructuración jerárquica del sistema sexo-género (desigualdad de poder y por ende de acceso a los diferentes recursos) para instalar la crítica al orden binario dado por natural. Otro aporte de la perspectiva histórica y antropológica para desnaturalizar y cuestionar la matriz heteronormativa occidental que determina las representaciones y prácticas en torno al sexo-género es el de Campuzano, quien con las herramientas de la etnohistoria, a través del trabajo con documentos prehispánicos (impresión a rodillo de tinta de la cultura Moche) y con las Leyes de Indias y las Crónicas del Perú de Pedro Cieza de León, reconstruye la historia prehispánica del travestismo en Perú, explorando lo que puede contribuir a recuperar la valorización dada al rol del travesti en la cultura indígena y a la lucha por los derechos y reconocimiento de travestis en el Perú contemporáneo. Campuzano señala que el concepto de travesti surgió de la fijación de los conquistadores con el binarismo de género, mientras que a partir de la interpretación de representaciones de la cultura Moche se distingue una identificación del travesti como mediador entre el orden natural y el sobrenatural. Este rol social del travesti en torno a

rituales como los de la cosecha es identificado por el autor en algunas zonas andinas del Perú contemporáneo, lo que lo lleva a sugerir que quizá donde el impacto del desarrollo fue menor se pudo construir un puente entre la cultura del pasado y la del presente. Campuzano encuentra una continuidad entre el rol del travesti peruano como shaman mediador conectando el mundo prehispánico de los dioses y humanos, la vida y la muerte, y el actual como esteticista o bruja, terapeuta que escucha y transforma (por ejemplo a través de inyectar silicona a sus compañeros), ambos conectando las diferentes caras de los seres: la espiritual y la material, realidad y sueño. El objetivo de revisar las tradiciones prehispánicas que muestran la existencia de géneros intermedios es poner en evidencia cómo las sociedades occidentalizadas han sido forzadas a entrar en el binarismo de género colonial. Para este autor los conceptos como ‘disforia de género’ o ‘trastorno de identidad de género’ aunque sirvan para justificar las operaciones transexuales y para el reconocimiento legal de cambio de sexo, están anclados en la normativa de género dicotómica negando formas más fluidas de vivir el género como el intersexualismo y el travestismo ocasional.

Medicalización de la anormalidad, patologización de la transexualidad, iatrogenia y control social

A pesar de lo que registros empíricos como los arriba expuestos permitan cuestionar, la hegemonía del modelo biomédico y la consecuente persistencia de la distinción cuerpo/mente, sexo/género, junto con el mandato de correlación lineal entre ambas dimensiones, sostiene la reproducción de esquemas de percepción-acción donde o bien el sexo (entendido como biología, innato, dado) es el determinante de la identidad y de los roles de género, o se considera al género como esencia psi fija demandando una modificación, un ajuste artificial del cuerpo. “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)” (Cabral, 2009: 8).

Si bien para el feminismo y la teoría social el género era la posibilidad de concebir lo maleable, lo socialmente construido, para el discurso psi es una condición fija e inalterable, aunque autónoma del sexo biológico, reiterándose “un concepto normativo de género como algo que, aunque construido, no puede ser modificado si no es por vía quirúrgica. Aquellas personas que no se sienten cómodas dentro del género normativo pueden ser ayudadas a encajar mejor socialmente mediante el tratamiento de su cuerpo como un artefacto” (Soley-Beltran, 2003: 78). La transexualidad, como otras formas de no correspondencia entre sexo cromosómico, gónadas, genitalidad, expresión de género, roles, deseo sexual, autoidentificación, va a ser definida sea como patología, o al menos como desorden donde la intervención médica, requerida o impuesta, se identifica con la restauración de la norma. “Para resolver lo que se presenta como un desorden que afecta a determinadas personas, la medicalización ofrece el tratamiento de la transexualidad como una ‘cura’ para un padecimiento parcialmente provocado por la rigidez de las normas sociales” (Soley-Beltran 2014: 31).

Vivimos en una sociedad de la norma, en términos de Foucault (1992), lo que implica que toda regla se traduce en imposiciones normativas apelando a una igualdad entre regla moral: normalidad: salud, y en la vereda opuesta lo que infringe la regla: anormal: patológico. Esta tendencia a interpretar (y buscar soluciones para) todo corrimiento de los patrones normales como patología es un aspecto central en lo que se ha definido como proceso de medicalización de la anormalidad. La patologización de la anormalidad es parte del proceso más amplio denunciado por Illich como ‘medicalización indefinida de la vida’: darle explicación y solución a un fenómeno social desde el marco conceptual y con los recursos de la medicina (que en nuestra sociedad es una biomedicina). El proceso de medicalización indefinida de los fenómenos sociales es producto de cambios históricos, políticos y económicos que incentivaron un abordaje reduccionista y biologicista de los problemas sociales (que involucran pero exceden a los actores del campo de la salud), anclando en el individuo la causa y la supuesta solución de éstos, sin cuestionar las relaciones sociales que son el mayor determinante de los padecimientos que emergen asociados a ciertas anormalidades, dado que los padecimientos son producto no de la anormalidad en sí sino de la reacción social frente a la misma (Foucault, 1992; Conrad, 1982).

A lo largo de las repetidas crisis del modelo biomédico sobre todo desde las últimas décadas del siglo XX se ha puesto en evidencia que los reduccionismos biopatológicos o psicopatológicos resultan ineficaces e ineficientes para mejorar las condiciones de salud de la población, a la cual evalúa fundamentalmente en términos de enfermedad y muerte (Saforcada *et al.*, 2010). La medicalización des-socializa los procesos de enfermedad a la

vez que patologiza los problemas sociales. La lógica de la patologización se orienta al esfuerzo por mantener la jerarquía del saber-poder científico en tanto forma de regulación de las normas sociales y de sumisión a las normas de género y no a la búsqueda de mecanismos de atención y cuidado a la salud integral (Tenório y Prado, 2016).

Cuenta Giberti que cuando en 1996 la Asociación Psiquiátrica Americana realizó su reunión anual, personas transgénero se manifestaron frente al edificio de reunión con carteles denunciando la ‘patofilia de género’ (amor a la patología) de los profesionales integrantes de esta asociación, quienes al parecer no podían prescindir de la necesidad de patologizar cualquier conducta de género que le cause desasosiego (Giberti, 2003: 35). En la última versión del DSM (DSM-5), manual de diagnóstico y clasificación de desórdenes mentales avalado por la Asociación Psiquiátrica Americana pero usado por clínicos e investigadores de otras disciplinas de todo el mundo, la categoría diagnóstica de ‘trastorno de identidad sexual’ es reemplazada por la de ‘disforia de género’ al reconocer que la no conformidad respecto a la clasificación de género no es en sí misma un desorden mental, si bien puede traer asociadas una carga significativa de sufrimiento; de ahí la elección del término disforia⁵ (emoción molesta, incómoda o fastidiosa, de irritabilidad o tristeza; del griego la conjunción *dys* indica negación y el verbo *pherein* que puede traducirse como ‘soportar’). Este cambio pretende eliminar (o al menos reducir) los efectos estigmatizantes del término ‘trastorno’ a la vez que lo coloca en un capítulo separado de las disfunciones sexuales y la parafilia.

El criterio de diagnóstico de la disforia de género es una marcada y persistente diferencia entre el género vivenciado y expresado por el sujeto y el género que le fue socialmente asignado, lo cual causa generalmente angustia, aflicción y variadas discapacidades en el desempeño social, ocupacional, etc. Desde la APA, entidad hegemónica y por ende legitimante de categorías diagnósticas, si bien se reconoce que la transexualidad y el transgénero no son desórdenes mentales en sí mismos, se sostiene la necesidad de mantenerlos dentro de dicho manual de diagnóstico para garantizar el acceso al cuidado a la salud de quienes por esta condición requieran de ayuda psicológica, terapia hormonal, cirugías de reasignación de sexo, y otras formas de asesoramiento, sea a través de la cobertura por parte de seguros de salud o desde la salud pública. “To get insurance coverage for the medical treatments, individuals need a diagnosis. The Sexual and Gender Identity Disorders Work Group was concerned that removing the condition as a psychiatric

⁵ Aunque la Real Academia Española aún no lo reconoce, este término se emplea en el ámbito psi como lo opuesto a euforia.

diagnosis—as some had suggested—would jeopardize access to care” (American Psychiatric Publishing, 2013).

Si lo específicamente humano de la conducta humana es el hecho de que es regida por normas, patrones sociales de significados ampliamente compartidos por un grupo que orientan la reacción frente al mundo y establecen el repertorio de respuestas (Levi-Strauss, 1970), entonces lo que es ‘normal’ en términos estadísticos, es decir, lo que hace la mayoría, lo es a causa de una norma, de una regla que promueve y exige cierta conducta. Por ello si lo ‘normal’, lo predominante, es la exigencia de una correspondencia entre características corporales (desde los cromosomas, los genitales, a los llamados caracteres sexuales secundarios como el vello, la voz, las mamas, etc.) y los rasgos de personalidad y roles vinculados a la autoidentificación de género, toda no correspondencia de características se saldrá de la norma (estadística) generando tensiones y cuestionamientos a la norma (regla). Si este mandato social se viste de natural correlación, homologando normal con natural y con salud, entonces todo malestar o sufrimiento social que se genere por el cuestionamiento a la norma será explicado como producto de la anormalidad (homologada con lo antinatural y lo patológico). Si se considera que la causa del sufrimiento de la persona trans reside en la contradictoria conformación de su corporalidad/autoidentificación, las terapias propuestas serán modificar alguno de estos dos términos, en función de lo que se considere más fijo y más moldeable.

Los procesos de patologización de la anormalidad conllevan una mirada individualista (organicista o psicologicista) del sufrimiento que acompaña frecuentemente una anormalidad. La medicalización de la anormalidad invisibiliza las causas sociales del sufrimiento (Conrad, 1982), para cuya terapia el bisturí o el psicofármaco no sirven (o al menos no son suficientes) y oblitera las posibilidades de vida plena (salud, deseo, libertad y autonomía) en la supuesta incongruencia o no conformidad. “El tratamiento no se encauza en el campo de la salud mental, sino que el diagnóstico psiquiátrico constituye la posibilidad, que habilita una intervención quirúrgica, en pos de (re)construir anatómicamente ‘el sexo sentido’ por las personas transexuales” (Dellacasa, 2013: 2).

Como los criterios de diagnóstico psi, en tanto discurso legitimado, son los que permiten el acceso a cirugías y terapia hormonal, se observa un proceso circular donde si el sujeto desea acceder a cambios corporales, deberá cumplir con los ‘requisitos’ para el diagnóstico. Esto ha sido observado tanto por Dellacasa en su estudio en Buenos Aires, Soley-Beltrán en Reino Unido y España y lo señala Campuzano en el Perú. “El ingreso de las personas transexuales en dicho dispositivo, con el objetivo de comenzar un proceso de ‘cambio de sexo’, tiene como condición que sean ‘admitidas’ es decir, diagnosticadas como

tales. Para ello, se requiere que los relatos y el malestar expresado en el consultorio concuerde lo más fielmente posible con lo que de antemano la literatura médica ha identificado como síntomas de TIS: deseo de vestirse y pertenecer al sexo opuesto desde muy temprana edad, rechazo por sus genitales, falta de excitación y deseo sexual, etc.” (Dellacasa, 2013: 7). La búsqueda de conformidad con los criterios diagnósticos psi conlleva frecuentemente la negación del rol sexual activo entre las mujeres trans, o incluso la anulación de todo deseo que pudiera identificarse como homosexual. “Las personas que desean obtener la cirugía de cambio de sexo aprenden a rechazar deseos y prácticas homosexuales en sus narrativas biográficas con el fin de evitar reconocer cualquier actividad erótica que pudiera poner en peligro su diagnóstico. Puesto que en el discurso médico la etiología de la categoría ‘transexual’ es por definición diferente de la de ‘homosexual’, la estabilidad del significado del término ‘transexual’ depende de establecer y mantener una distinción entre transexuales y homosexuales – una distinción necesaria para aquellas personas que deseen obtener la cobertura sanitaria pública o de seguros médicos” (Soley-Beltrán, 2014: 27). Soley-Beltrán destaca que en España, donde estaba ausente la cobertura pública de las operaciones de cambio de sexo, la citación normativa era menor, lo que invita a pensar las relaciones complejas que subyacen a la aceptación y reproducción de criterios diagnósticos que puedan diferir respecto a los rasgos que se toman para la autoidentificación y las posibilidades concretas para su impugnación.

Como señala De Lauretis al hablar de ‘tecnologías del género’, cada cultura posee un sistema de género, un sistema simbólico donde lo femenino y lo masculino son dos categorías complementarias pero mutuamente excluyentes para ubicar a los individuos en la sociedad, correlacionando su sexo con contenidos culturales de acuerdo con valores sociales y jerarquías. Siendo las representaciones de género posiciones sociales que portan diferentes significados, entonces, para alguien ser representado y representarse como varón o mujer implica asumir la totalidad de los efectos de esos significados (De Lauretis, 1989). Esta exigencia cae también sobre quienes desean transitar de una identidad de género a otra: miramos los cuerpos trans buscando una coherencia del sistema sexo-género, que si es mujer el cuerpo debe ser femenino, si es varón debe ser masculino, pero a los ojos patologizadores los cuerpos trans están siempre en el terreno de lo abyecto sea por su supuesta coherencia absoluta o incoherencia respecto a la norma de género, son cuerpos que están siempre en deuda con una supuesta verdad de género, aún cuando no exista nada verdadero ni absoluto en cuanto a posiciones de género y sexualidades (Prado, 2018). Si se acepta como legítimo el tránsito, se le exige que sea completo y respetando lo definido en el sistema sexo-género, de lo contrario, afirman los profesionales, el sujeto no podrá

conformar su subjetividad, se verá excluido de la mayoría de los espacios sociales, estigmatizado e incluso violentado. Este autor habla de la existencia de una 'furia clasificatoria de género', una búsqueda incesante de un territorio de fijación y estabilización que permita anclar en una materialidad (sea en la historia personal, en la infancia, en la psicología de la vida cotidiana o en la biología) aquello que está en la dimensión de la constante producción polisémica, de las combinaciones múltiples y variables (Prado, 2018).

Como señalan Tenório y Prado, la idea de que una supuesta incoherencia entre sexo biológico e identidad de género causaría un sufrimiento psíquico dada la incapacidad de la persona trans de vivir su identidad sexual en función de su cuerpo, no tiene ningún sustento científico. En lo registrado a través de investigaciones cualitativas sobre las vivencias transexuales en Brasil, no se ha hallado ningún relato de varón o mujer trans que refiriera dificultades en su satisfacción sexual o en su autopercepción de género previo a la realización de cirugías (Tenório y Prado, 2016). Lo que sí destacan estos autores, al igual que Cabral respecto a los sujetos intersex, es que el sufrimiento psíquico es producto de las reacciones del resto de la sociedad frente a la autoidentificación y expresión de género de estos sujetos. Pero el biologicismo (con su individualismo ontológico, epistemológico y metodológico, y su devoción adaptacionista) se instala como verdad porque es exculpatorio: decir que una situación disruptiva, de sufrimiento o de inequidad, es producto de la biología, la coloca fuera del cuestionamiento moral. "Invocar a diablos biológicos o a 'Pedro Botero' es eludir nuestra responsabilidad por algo que hemos creado nosotros mismos. [...] Haríamos mejor en cuestionar nuestra capacidad de construcción y reconstrucción de formas comunales de vida que invocar las deficiencias del genoma humano" (Bruner, 1991: 38), o la supuesta incoherencia de un cuerpo y su subjetividad.

La medicalización de un problema social (el problema es la ausencia de significados, la crisis de significación en la sociedad en general y la familia y el grupo cercano en particular) a través de las técnicas y discursos biomédicos se muestra en el caso de las personas trans o intersex de manera cruda y sin eufemismos, así como las consecuencias negativas de dicha intervención. Foucault señaló como una característica de la medicina occidental del siglo XX su poder de daño, lo que él denominó 'iatrogenia positiva', dado que se trata de la nocividad de su práctica no por errores o falta de conocimiento, sino por "la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el

vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina” (Foucault, 1992: 158).

Menéndez, al describir el modelo médico hegemónico destaca como una de sus características su a-historicidad, en el sentido de que la práctica médica considera la enfermedad como un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico; lo biológico es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales. Esta ahistoricidad impide que la medicina pueda vincular ciertos procesos de morbilidad con su propia práctica, negando la reflexividad y la actitud crítica hacia el interior de la disciplina, ambas propiedades fundamentales del conocimiento científico (Menéndez, 2009). La sociedad actual está “saturada del discurso del riesgo” aplicado a lo cotidiano y a la salud, y “el concepto de riesgo no es inocuo”, implica enfermar a personas sanas por intervenciones innecesarias y por sufrimiento psicológico. El impacto de esta iatrogenia es tal, que “la Organización Mundial de Médicos de Familia ha propuesto el concepto de prevención ‘cuaternaria’, como las medidas adoptadas para identificar pacientes en riesgo de sobremedicación, para protegerlo de nuevos procedimientos médicos invasivos y para sugerirle intervenciones que sean éticamente aceptables” (Tajer, 2011:192).

También Campuzano critica el imperativo de transformación corporal destacando los riesgos para la salud que esta transformación conlleva, por ejemplo las consecuencias a largo plazo de la inyección de silicona (desfiguración potencial, migración de sustancia por el cuerpo, tumores, necrosis, infecciones, embolia pulmonar o muerte) y de la ingestión de hormonas sobre todo si se realiza sin asesoramiento médico, todo lo cual se agrava en la sinergia con factores como la pobreza, las políticas de salud que los definen como estéticos, la falta de confianza en los sistemas de salud, la falta de conocimiento y el fuerte peso de las estigmatizaciones. El autor se pregunta, dados los elevados daños, cicatrices y sufrimientos, si las personas trans seguirían optando por tales intervenciones corporales en caso de que no estuvieran las presiones normativas. El acceso a servicios de salud para realizar las transformaciones corporales necesarias es sostenido como una demanda por un derecho a la salud integral, sin embargo cabe pensar de quién depende que cierta modificación corporal se considere necesaria, hasta qué punto es una libre elección cuando la heteronormatividad es un deber ser.

Lo que subyace tras los procesos de medicalización de la anormalidad es el rol de control social que la biomedicina cumple quedando la función terapéutica completamente desplazada, aunque se apele a justificaciones humanitarias y a ciertas formas de entender la salud ignorando el padecimiento ocasionado por dichas intervenciones, hallando

justificación y respaldo en ciertas teorías psi que plantean la necesidad de ocupar un lugar no ambiguo en la estructura binaria genérica para un adecuado-sano-normal desarrollo de la subjetividad. “Sólo porque su existencia pareció tener lugar en esa tierra de nadie de la diferencia sexual es que esa intervención no sólo 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 humanizarnos [...] 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, instala el trato inhumano en el centro mismo de la experiencia de devenir un ser humano sexuado” (Cabral, 2009: 110, 111).

Incoherencia entre cuerpo y subjetividad, cuerpo monstruoso o desorden mental son las maneras con las que nuestra sociedad viene interpretando todo corrimiento de la heteronormatividad, de ahí que la respuesta social sea intentar corregir el cuerpo o la mente de quienes niegan de alguna u otra manera el lugar que se les asignó en la matriz binaria de género.

Impugnación al sistema sexo-género o búsqueda de reconocimiento legítimo

Como afirman Almeida y Murta, hay múltiples maneras de vivenciar la transexualidad, están quienes no sienten necesidad ni deseo de someterse a modificaciones corporales y quienes sí hacen de ello algo ineludible para su vida plena en una identidad de género distinta a la que les fue asignada al nacer (en base a su genitalidad) (Almeida y Murta, 2013). Así como también en algunos casos el transexulismo opera como una fuerte resistencia a las normas de género vigentes en la sociedad, explicitando la fluidez y transitoriedad de las identidades (Almeida y Murta, 2013) e independizando la corporalidad de la autoidentificación de género, mientras que en otros casos los sujetos cambian su lugar en el sistema sexo-género sin poner en discusión sus categorías y jerarquizaciones. “La cuestión de si el transexualismo es o no subversivo es una cuestión muy debatida [...] de un modo creciente la categoría ‘transgénero’ es utilizada con una voluntad política por jóvenes e individuos que rechazan ser clasificados como ‘transexuales’, cuestionan la medicalización de la migración de género y lo que perciben como una reproducción acrítica de los roles de género” (Soley-Beltran, 2014: 32). Almeida y Murta plantean que si bien la transexualidad consiste en una experiencia conflictiva con las normas de género, a veces tal conflicto es sólo con el género impuesto al nacer. Así como existen mujeres y varones que protagonizan

experiencias cuestionadoras de las asimetrías de género o del binarismo en sí mismo, también se observan posturas esencialistas y biologicistas entre la población trans, que sostienen la idea de incompletitud de la persona trans hasta realizarse la cirugía de cambio de sexo, incluso cuando ya gozan de reconocimiento social de su nueva identidad y de otras características corporales asociadas al ideal de la identidad de género (Almeida y Murta, 2013).

Por otra parte también se ha recuperado una dimensión positiva en el uso que hacen los sujetos legos de modelos explicativos psi, en tanto son representaciones legitimadas que permiten una inscripción de la experiencia trans en un marco de inteligibilidad (darle un nombre, una explicación) y de reconocimiento (aunque este implique un reconocimiento patologizante) que articula con el ámbito médico y legal, permitiendo establecer ciertas demandas de cobertura en ambos espacios (por ejemplo, cobertura médica o certificación legal de la nueva identidad). Así, uno de los aspectos positivos de la visión hegemónica de la transexualidad como 'disforia de género', inclusive para las personas que viven esta condición, es la asociación entre patología y terapéutica entendida como posibilidad concreta de modificación corporal (Almeida y Murta, 2013).

Pero además las clasificaciones sociales cumplen un rol en la dinámica social, tener una identidad es ser socialmente inteligible, la autoidentificación y la heteroidentificación son procesos ineludibles en toda interacción social e implican una economía de pensamiento que permite la interacción incluso entre sujetos que no se conocen. "El diagnóstico puede tener un efecto reconfortante pues no solo proporciona aceptación social sino también tratamiento", dice Soley-Beltran, quien destaca que la inscripción del transexualismo en el discurso médico fue apoyada por gran parte del colectivo trans en la medida en que se la entendió como parte de un proceso de modernización hacia una sociedad más racional y avanzada que cuestionaba la mirada moral y religiosa sobre el tema). "La categoría médica otorga legitimidad social y un trato terapéutico que conllevaba la aceptación social por razones humanitarias. Sin embargo, la alianza entre el colectivo transgénero y el médico no estaba exenta de tensiones y críticas" (Soley-Beltran, 2014: 32). Tensiones que han llevado de "reclamar la legitimidad social que ofrece la clasificación médica, a desafiar la regulación de género que implica, criticar abiertamente sus efectos patologizadores y solicitar su modificación" (Soley-Beltran, 2014: 33). Y esto porque el proceso de patologización de las identidades de género disidentes excluye a su vez a gran parte de la población trans del acceso a la salud en general (más allá de lo relativo al cambio de características corporales), además de reprimir las expresiones de género de quienes intentan acceder a los servicios de salud, impide el buen funcionamiento de procesos terapéuticos y burocratiza

el acceso a condiciones de cuidado propiciando la clandestinidad (Tenório y Prado, 2016). “Yo no tenía coraje”, relata Prado en su libro *Ambulare*, que fue la explicación de una usuaria de un ambulatorio para trans y travestis, acerca de por qué había demorado su consulta en ese centro: “Yo no tenía coraje porque no sabía si sería bien tratada” (Prado, 2018: 37). De acuerdo a este autor, el orden clasificatorio es un orden de reconocimiento que exige un precio para la pertenencia sin crítica. El problema es cuando la clasificación es producida por el discurso institucional con el poder del saber sobre los cuerpos, que más allá de organizar, genera sistemáticamente actos injustos y de negación del otro, de su derecho a reconocerse y ser responsable de su propia salud (Prado, 2018).

Si el pensamiento clasificatorio es de alguna manera inherente e ineludible en toda dinámica intersubjetiva, se torna necesario pensar sobre las consecuencias materiales que acarrea, que “no necesariamente son buenas o malas, pero son un orden de clasificación que restringe posibilidades de vida, aunque cree un lazo entre otras vidas⁶” (Prado, 2018: 52). El problema, siguiendo a Cabral, reside en el confinamiento de la diversidad sexualidad en los límites estrechos de la medicina, otorgándole a ésta y a disciplinas asociadas la legitimidad para pronunciarse y accionar sobre este campo, generando con su abordaje biologicista y patologizante un “empobrecimiento generalizado de las experiencias del imaginar, del desear, del nombrar, del registrar la crueldad y del intervenir críticamente para detenerla. Esa definición limita, incesantemente, las oportunidades y las experiencias del celebrar” (Cabral, 2009: 7). La patologización de las transexualidades es un cuestión de poder, entonces lo que se pone en juego al debatir la despatologización es cómo subvertir determinadas relaciones de poder, del poder de la medicina sobre el cuerpo, de la ley sobre los derechos, del cisgénero sobre las experiencias trans, del conocimiento sobre la experiencia (Prado, 2018).

En “Mecanismos psíquicos del poder”, Butler plantea que hay una posible dinámica entre la interpelación y el desconocimiento, sobre todo cuando el nombre no es un nombre propio sino una categoría social, la cual es susceptible de ser interpretada de maneras divergentes y conflictivas, y el insulto puede tomarse como reafirmación. Dice: “hay que determinar si la totalización temporal efectuada por el nombre es políticamente habilitadora o paralizante, si la clausura, e incluso la violencia, de la reducción totalizadora de la identidad efectuada por esa interpelación concreta es políticamente estratégica o represiva, o si, aun siendo paralizante y regresiva, puede ser de algún modo también habilitadora” (Butler, [1997] 2001:109). Y en otra de sus obras agrega: “¿cómo podrían hacerse menos

⁶ Las citas textuales de los textos en portugués han sido traducidas al español por la autora de este trabajo.

permanentes, más dinámicas, tales exclusiones constitutivas? ¿cómo podría retornar lo excluido, no ya como psicosis o como la figura de lo psicótico dentro de la política, sino como aquello que ha sido acallado, que ha sido forcluido del dominio de la significación política? [...] ¿cómo podría quitárseles a esos dominios de exclusión saturados socialmente el rango de esferas ‘constitutivas’ y convertirlos en seres de los que se pueda decir que importan?” (Butler, [1993] 2002: 270). Hay siempre una posibilidad de resignificación, que es una “transformación política de los campos semánticos de un/os término/s, entablando nuevas cadenas de significados”, “el lenguaje nunca ejerce un control absoluto sobre tal sujeto. De ser así, no tendrían lugar los cambios sociales que desafían y superan las inscripciones impuestas por el lenguaje” (Femenías, 2013: 21, 22).

Despatologización, terapias trans-afirmativas, reconocimiento del sufrimiento y visibilización de las violencias

Despatologizar un conjunto de experiencias no implica negar formas de padecimiento entretejidas con éstas y por ende la necesidad de brindar apoyo o asistencia terapéutica y/o sanitaria, sino todo lo contrario, despatologizarlas permite su abordaje desde un paradigma salutogénico, de prevención y promoción y no de accionar frente a la enfermedad conforme con el abordaje planteado en la nueva ley de salud mental. “Con el concepto amplio de salud, las acciones a ser implementadas para su promoción se vuelven también amplias. Así, no es necesario que la población trans esté enferma para que tenga asistencia sanitaria: alcanza con no estar en pleno bienestar biopsicosocial (Missé, 2008; Coll-Planas, 2010). Es posible, por lo tanto, despatologizar y despsiquiatrizar las identidades trans sin pérdida del acceso, con tal que las instituciones de poderes discursivos médicos y psiquiátricos asuman una visión no patologizante de las experiencias trans” (Tenório y Prado, 2016: 52).

La American Psychological Association publicó en 2015 la “Guidelines for Psychological Practice with transgender and gender non conforming people (TGNC)”, realizada a partir de una amplia revisión bibliográfica de investigaciones (en su mayoría de producción anglosajona) en torno a la atención y tratamiento de personas TGNC, junto con información obtenida a partir de entrevistas a sujetos TGNC y a especialistas dentro y fuera de la psicología. Esta guía pretende facilitar el acceso al conocimiento sobre esta temática específica por parte de los profesionales de la salud mental promoviendo formas de atención trans-afirmativas. Allí se define personas TGNC como aquellas cuya identidad de género no concuerda con el sexo asignado al nacer, remarcando que el género es una construcción no binaria que habilita una gama de identidades de género que pueden no coincidir con el sexo

asignado al nacer. En esta guía se recupera la perspectiva histórica y transcultural que permite ver que la patologización de este proceso identitario es particular a las sociedades occidentales y occidentalizadas, como parte de lo que fue considerado un proceso de modernización de las sociedades de la mano de la ciencia positivista y de una medicina hegemónica biologicista. Si bien la guía afirma una perspectiva despatologizante de las identidades TGNC, señala la importancia de su abordaje por profesionales de la salud dada la carga de angustia y sufrimiento producto del estigma social y la discriminación así como la necesidad de atención específica a la salud en los casos que así lo requieran. La atención trans-afirmativa implica darle herramientas y recursos cognitivos y sociales a las personas TGNC para desafiar las normas y estereotipos explorando su propia identidad y expresión de género, ofrecer un entorno sano para explorar la identidad de género y el acceso a información necesaria para tomar decisiones acerca de la expresión de género.

Pero esta guía también manifiesta la importancia de expandir el rol del psicólogo hacia el ámbito público, interactuando con el sistema legal, participando en organizaciones que revisen leyes y políticas públicas, identificando formas de estigmatización, discriminación y barreras hacia el cuidado, informando políticas públicas para reducir el impacto negativo sistemático en la salud y el bienestar de las personas TGNC.

Los sujetos trans e intersex encarnan ‘el otro, la alteridad radical’, y ésta “representa para este orden un incordio, una realidad indigesta que debe siempre, de alguna forma, ser digerida, filtrada por la grilla de un equivalente universal” (Segato, 2013: 25). Esta negación del estatus de sujeto avala formas de violencia que serían socialmente sancionadas, incluso impensables, de ser ejercidas hacia el sujeto universal canónico. Dice Femenías que un modo de ejercer violencia es “la descalificación constante, la imposición de opinión o el silenciamiento, la interrupción, la banalización, la falta de reconocimiento, la invisibilización de los intereses y de las necesidades del otro/a” a través de la imposición de atributos que colocan al sujeto en una condición de inferioridad frente a “un deber ser único, legítimo, adecuado o pertinente, borrándose toda huella de alternativas posibles, la violencia que se ejerce clausura los procesos mismos del pensamiento, la imaginación, la comprensión, la creación, etc. cristalizando un estereotipo y un pensamiento único autoinstituido como normal” (Femenías, 2013: 65, 66). Como señala esta autora, este tipo de violencia “si no directa, sí al menos indirectamente, justifica o legitima la violencia física” (Femenías, 2013: 67, 71).

A partir del asesinato de Diana Sacayán, el activismo LGBTTTQI comenzó a instalar el término “travesticidio” como manifestación del odio machista hacia la comunidad de travestis y transexuales. Si bien la Ley de Identidad de Género da reconocimiento al género

autopercebido, es decir, a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, corresponda o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, y busca garantizar el libre desarrollo de la persona, una de las problemáticas constantemente denunciadas desde ATTA (Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina) es la discriminación y violencia por identidad de género, sobre todo en la vía pública. Según el informe realizado por la OMS en 2014, la esperanza de vida de travestis, transexuales y transgéneros del país sólo alcanza los 41 años de edad. Entre las principales causas de mortalidad del colectivo trans argentino se encuentran los homicidios transfóbicos, el abuso policial y el mal uso de la silicona industrial.

En palabras de la activista travesti y feminista, coordinadora de la Asociación Lucha por la Identidad Travesti y Transexual, Lohana Berkins: “Somos traidoras del patriarcado y muchas veces pagamos esto con nuestra vida. Brevemente dicho, las travestis sufrimos dos tipos de opresión. Por un lado, la opresión social basada en el imaginario colectivo de lo que es una travesti: misterio, ocultamiento, perversión, contagio, etc. El patriarcado nos castiga por ‘renegar’ de los privilegios de la dominación que nos adjudican los genitales con los cuales nacemos” (Berkins, 2003: 135-136). Es necesario por lo tanto dismantlar “discriminaciones entramadas en los vínculos del tejido social, soldadas por prejuicios ancestrales” (Femenías, 2016), es decir, dar la batalla no sólo en plano el legal, sino también en el nivel social, pues si bien “el valor simbólico de la legalidad igualitaria es muy fuerte; el peso de las tradiciones, los conceptos, los prejuicios y las conveniencias, también” (Femenías, 2016: 177-178).

Si en el sistema binario ‘enyesado’ de nuestra cultura occidental moderna no hay lugar por fuera del varón/mujer (con su lista de atributos esenciales, por ende, fijos), si de esta exclusión en el nivel de las representaciones sociales se desencadenan todos los otros tipos de negación, discriminación y violencia, entonces para revertirlos, “será importantísimo hacer proliferar formas de simbolización para la realidad de estos tránsitos y de esta circulación, inscribirlos en el patrón discursivo de la cultura. Cuanto más énfasis pongamos en los significantes expresivos del tránsito y de la movilidad de género, más próximos estaremos de un mundo capaz de trascender la prehistoria patriarcal” (Segato, 2010: 16). “Pensamos que es posible convivir con el sexo que tenemos y construir un género propio, distinto, nuestro. Nosotras hacemos una transición dentro del sistema sexo-género. Al hacerla, nos demostramos a nosotras mismas que ese sistema no significa un condicionamiento inexorable de las personas, y se lo demostramos a cuantos nos miren” (Berkins, 2003: 135).

Así, desde el colectivo trans, desde el activismo LGBTIQ en general y desde otros espacios que apoyan la lucha por reconocimiento de derechos y contra toda forma de discriminación y vulneración, lo que se intenta llevar a delante es una lucha de sentidos, una lucha por romper las fronteras de la matriz binaria heteronormativa y por nombrar lo que desde ésta queda como lo forcluido, lo invivible, lo inenarrable. Esto implica dos desafíos: “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” y “disolver las relaciones necesarias entre cuerpo e identidad” (Cabral, 2009: 10), eludiendo la tentación de buscar anclar la identidad a un estado corporal objetivo o a una etiqueta identitaria esencializada.

Salud e identidad, derechos humanos y ética.

Si se entiende, como plantea Berlinguer, que los procesos de enfermedad, al ser emergentes de las condiciones de vida y trabajo son “espías de las contradicciones sociales”, entonces de la descripción y análisis de la distribución diferencial de muertes, incapacidades y sufrimientos respecto a las variables vinculadas al sistema sexo-género es que debe tomar fuerza la denuncia e impugnación de las desigualdades que este sistema promueve. Esto requiere de los profesionales (sean investigadores, docentes o ejecutores de acciones en el plano clínico-terapéutico, jurídico o político) una actitud no neutra sino ética, de responsabilidad frente al sufrimiento de los más vulnerados, y un enfoque de derechos, es decir, sostener como principio que la salud es un derecho humano determinante para y a su vez determinado por la realización de los demás derechos humanos.

La antropóloga Reguillo señala que los derechos humanos conforman un lugar de conflicto poniendo a prueba el estado de los procesos de democratización, confrontando el discurso de la modernización política con la realidad, evidenciando las tensiones entre la declaración de intenciones y los obstáculos a su realización plena en las sociedades. Por ello, más allá de ganar batallas en el campo legal, es crucial también desmontar (y para esto contar con una nueva ley es un elemento de poder, pero no suficiente) los mecanismos legitimadores de la exclusión y la marginalidad, es decir, los discursos que naturalizan la exclusión y expropian la posibilidad de la palabra a las minorías; “la marginalidad y la exclusión son condiciones que se aprenden, se hacen piel, se hacen conducta y esta es la mayor violación a los derechos humanos” (Reguillo, 1998: s/p).

Arañar, como expresa Segato, la esfera del estatus, que se reafirma en la tradición, requiere de una reforma profunda de los afectos, donde “la Ley contribuye a ese largo y

esforzado propósito de la reflexividad, e instala una nueva, distinta, referencia moral [...] el efecto del derecho no es lineal ni causal, pero depende de su capacidad de ir formando y consolidando un nuevo e igualitario ambiente moral” (Segato, 2010: 141-142). Por ello se torna imprescindible para la verdadera aplicación del nuevo marco legal anteriormente mencionado, promover transformaciones en las representaciones sociales que orientarán las prácticas de los profesionales y de otros sectores de la comunidad en general involucrados (o que deben involucrarse) en esta problemática. “El mejor antídoto contra la violación sistemática a los derechos humanos desde la comunicación, estriba en la posibilidad de intervenir directamente en la ruptura de las representaciones asumidas como ‘orden natural’ y develar así el disfrazamiento simbólico que construye a ciertos actores y ciertos espacios para representar acciones que se rechazan” (Reguillo, 1998: s/p).

Lo que esta autora plantea como responsabilidad de los discursos de los medios de comunicación, cabe también para el resto de los discursos que circulan con eficacia de verdad, es decir, legitimados en tanto producidos y reproducidos por quienes ocupan un lugar autorizado. “Resulta de vital importancia considerar que el derecho a la salud requiere la más estrecha colaboración e interrelación entre quienes producen conocimiento, los medios de difusión, los profesionales de salud, los investigadores y los tomadores de decisión que brinden sustento a una participación ciudadana informada. La fluida interrelación entre información, saber y poder explica de qué forma se puede interpretar -en el contexto de procesos concretos de empoderamiento- a la equidad en la información como una herramienta para la construcción de democracia, favoreciendo procesos de toma de decisión crecientemente participativos” (Rovere, 2006: s/p). Así mismo la promoción de la participación comunitaria junto a la autonomía de las personas en su relación con el sistema de salud (el fortalecimiento de sus saberes y capacidad de decisión e involucramiento) son elementos clave para el pasaje de un modelo centrado en lo patológico a uno focalizado en lo salutogénico, de lo contrario “mientras la salud sea sólo patrimonio de los médicos, será pura enfermedad” (Saforcada *et al.*, 2010: 54).

Plantear la salud y la identidad de género como derechos interdependientes requiere restituir las ciencias sociales a su lugar de voces legítimas y necesarias en el campo de la salud (la Medicina fue en algún momento una ciencia social) de manera que se pueda recuperar, analizar e intervenir en lo social de los padecimientos a nivel de las etiologías, de las manifestaciones sintomáticas, de los efectos y repercusiones y en la evolución misma de los procesos de enfermedad. Así mismo es necesario que las disciplinas psi comiencen a cuestionar su rol de control social compartido con la biomedicina, exigiendo y promoviendo un uso crítico y flexible de sus categorías nosológicas y desarrollando competencias que

permitan “vislumbrar la atención como un diálogo entre interpretaciones de la realidad, entre el clínico y el paciente, entre el conocimiento psiquiátrico y las representaciones locales, entre la cultura profesional y la cultura local” (Martínez Hernández, 2010: 161). Como remarca Cabral, “los derechos no pueden ser objeto de chantaje a punta de bisturí”, no se puede “hacer que alguien deba consentir someterse a una intervención quirúrgica como precio a pagar por el reconocimiento civil, exigir la realización de una intervención de ese tipo para poder gozar de derechos” (Cabral, 2003: 124).

De acuerdo a Segato, lo que hace posible el avance en el ámbito de la ley, la moral y los derechos humanos, es el “impulso ético” (tomando la idea de Nietzsche de una “ética contra-burguesa, anti-conformista”, de “apertura fundamental hacia lo otro”, de Foucault, la noción de una “ética de la incomodidad” y de Lévinas, “el papel interpelador de la otredad en la ética de la insatisfacción, que nos humaniza sin descanso”). “Ser ético, entendido de esta forma, es acoger la interpelación del intruso, del diferente, en el nosotros de la comunidad moral, especialmente cuando el intruso, en su intervención, no puede o no podría tener control material sobre las condiciones de nuestra existencia, cuando no interviene en nuestra vida desde una posición de mayor poder” (Segato, 2004:19). “Si la moral y la ley son estables, la ética es inquieta [...] la ética es lo que hace destellar en nosotros el vislumbre de la evitabilidad” (Segato, 2004: 15, 14), es lo que señala “lo que está faltando, lo que no puede continuar siendo como es”, “es lo que nos permite extrañarnos de nuestro propio mundo, cualquiera que este sea, y revisar la moral que nos orienta y la ley que nos limita. Es por eso que podemos decir que se constituye en el principio motor de la historia de los Derechos Humanos (Segato, 2004: 16, 19).

Reconocer que la patologización de lo que cuestiona la norma consiste en la producción de una matriz de inteligibilidad que tanto genera prácticas de violencia sobre aquellos a los que vuelve inteligibles, a la vez que, al erigirse como el único principio de inteligibilidad y clasificación, se vuelve ineludible y necesario para acceder al reconocimiento en el campo terapéutico y legal, implica reconocer también la necesidad de construir nuevos principios de visión, percepción, entendimiento, nuevos modos de nombrar que permitan, como afirma la cita de Segato, “acoger” la demanda del diferente, “en el nosotros de la comunidad moral”. Es necesaria una ética de denuncia de las causas sociales del sufrimiento de los sujetos que, por pertenecer a una minoría, no hallan más que representaciones negativas para ser nombrados, que se materializan en prácticas de exclusión, abuso, y otras formas de violencia.

Cabral aboga por la emergencia de un “humanismo radicalizado, de un humanismo ampliado o de un pos-humanismo, capaz de encarar críticamente las coacciones normativas

de esos ideales regulativos que aprendimos a llamar naturaleza” (Cabral 2006: 88), Berkins habla de un giro hacia el “no identitarismo”: “Nuestra propuesta es erradicar los encasillamientos en identidades preconstruidas por el mismo sistema que nos oprime. Podemos lograrlo si empezamos a desaprender nuestra parte opresora, eligiendo las características que deseamos desde todas las posibilidades, no determinadas por los géneros impuestos. Nuestra misma existencia rompe, de alguna manera, con los determinantes del género. La deconstrucción de las dicotomías jerarquizadas que se nos imponen es nuestra meta” (Berkins, 2003: 136).

Referencias

- ALMEIDA, G. y MURTA, D. (2013) “Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil” en *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* [online]. 2013, n.14, pp.380-407. ISSN 1984-6487. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
- American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association 2013, Gender Dysphoria.
https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf
- BERKINS, L. (2003) “Un itinerario político del travestismo” en Maffía, D. comp. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, Argentina, pp. 127-137.
- BERLINGUER, G. (1983) *La reforma sanitaria en Italia*. Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- BERLINGUER, G. (2006) *Medicina y política*. México: Quinto Sol.
- BRUNER, J. (1991) *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, Alianza: Madrid.
- BUTLER, J. (2001) [1997] *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Universitat de València.
- BUTLER, J. (2002) [1993] *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, Bs. As.
- CABRAL, M. (2003) “Pensar la intersexualidad, hoy” en Maffía, D. comp. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, Argentina, pp. 117-126.
- CABRAL, M. (2006) “En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones sociomédicas” en Cáceres, C. F., Careaga, G., Frasca, T. y Pecheny, M. *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*, FASPA/UPCH, Lima, pp. 69-90.

- CABRAL, M. (2009) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad*, Anarrés Editorial, Córdoba, Argentina, Disponible en: <http://www.mulabi.org>
- CABRAL, M. (2013) “Los géneros de la noticia”
<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/las12/13-7857-2013-02-22.html>
- CAMPUZANO, G. (2006) “Reclaiming *Travesti* Histories” en *IDS Bulletin*, Vol. 37 N° 5, Institute of Development Studies, pp. 34-39.
- CASTRO, R. (2011) “Los determinantes sociales de las salud-enfermedad. Cuando el concepto de enfermedad es problemático”, en *Teoría social en salud*. Lugar Editorial S. A. Bs As, pp. 41-58.
- CONRAD, P. (1982) “Medicalización de la anormalidad y control social”, en Ingleby, D. ed. *Psiquiatría crítica*, Grijalbo, Barcelona, pp. 129-154.
- DELLACASA, M. A. (2013). “La carne y el bisturí: tecnologías biomédicas y cuerpos ‘adecuadamente’ sexuados”, *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- DELLACASA, M. A. (2016) “Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales”, en *Runa* Vol. 37 N° 1, pp. 123-124.
- DE LAURETIS, T. (1989) “La tecnología del género”. Traducción de Ana María Bach y Margarita Roulet, tomado de *Technologies of gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, Macmillan Press, London.
- DE LELLIS, M. (2015) “Perspectivas en Psicología comunitaria y salud: a propósito de la ley nacional de salud mental”, en Sarriera, J., Saforcada, E. y Alfaro, J. (orgs.) *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos.
- FARAONE, S. (2013) “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones” en *Salud Mental y Comunidad*, UNLA, año 3, N° 3, pp.29-40.
- FEMENÍAS, M. L. (2013) *Multiculturalismo, identidad y violencia*, Rosario, Prohistoria, vol. 2.
- FEMENÍAS, M. L. (2015) “Del sexo binario a la diversidad de géneros: algunas contribuciones teóricas” en *Diferença sexual e desconstrução da subjetividade em perspectiva*, orgs. de Assis, Z. y dos Santos, M. G., Belo Horizonte: D’Plácido. pp. 165-186.
- FOUCAULT, M. (1992) “La crisis de la Medicina o la crisis de la Antimedicina”, en *La vida de los hombres infames*. Altamira, Bs. As., pp.41-54.
- GEERTZ, C. (2003) [1973] “El impacto del concepto de cultura en la idea de hombre”, en *La interpretación de las culturas*. Gedisa, duodécima reimpresión, Barcelona, pp.43-59.
- GIBERTI, E. (2003) “Trangéneros: síntesis y aperturas” en Maffía, D. comp. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, Argentina, pp. 31-58.

- Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychological Association, December 2015 American Psychologist, American Psychological Association, Vol. 70, No. 9, 832–864 <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>
- LEVI-STRAUSS, C. (1970) “Naturaleza y Cultura” y “El problema del incesto”, en *Las Estructuras elementales del parentesco*. Paidós, Bs. As., pp.35-59.
- MARTINEZ HERNÁNDEZ, A. (2010) “Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental”, en M. A. Martorell, J. M. Comelles y M. Bernal eds. *Antropología y enfermería*. Publicacions URV, pp. 143-165.
- MENÉNDEZ, E. (2009) “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas” en *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva*. Bs As: Lugar Editorial, pp. 25-72.
- MENÉNDEZ, E. (2015) “Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención ‘paralelas’ y proyectos de poder”, en *Salud Colectiva*, Vol 11, N° 3, pp. 301-330.
- MORALES CALATAYUD (2015) “La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos. Una aproximación”, en Sarriera, J., Saforcada, E. y Alfaro, J. orgs. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos, pp. 45-56.
- Plan Nacional de Salud Mental, Dirección nacional de salud mental y adicciones, Ministerio de salud, Presidencia de la Nación, octubre 2013.
- PRADO, M. (2018) *Ambulare*. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG.
- REGUILLO, R. (1998) “Derechos humanos y comunicación. Un malestar invisible: derechos humanos y comunicación”, en *Revista Chasqui*, N° 64, Quito Ecuador, s/p.
- ROVERE M. (2006) “El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía”, versión modificada del texto presentado en Rovere M. *Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas*. Publicación OPS/OMS Argentina.
- SAFORCADA, E, M. DE LELLIS y S. MOZOBANCYK (2010) *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, Editorial Paidós Buenos Aires.
- SEGATO, R. (2010) *Las estructuras elementales de la violencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros.
- SEGATO, R (2015) *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una Antropología por demanda*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros.
- SOLEY-BELTRAN, P. (2003) “¿Citaciones perversas? De la distinción sexo–género y sus apropiaciones” en Maffía, D. comp. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, Argentina, pp 59-85.
- SOLEY-BELTRAN, P. (2014) “Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética” en *Revista de Bioética y Derecho*, N° 30, pp. 21-39

- TAJER, C. (2011) “Prevención de riesgos y riesgos de la prevención” en *La medicina del nuevo siglo. Evidencias, narrativa, redes sociales y desencuentro médico-paciente*. Bs As, Libros del Zorzal, pp. 174-185.
- TENÓRIO, L. y PRADO, M. (2016) “As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma”, en *Periódicus* Vol. 1, N° 5, pp. 41-55.