

LA (RE)ASIGNACIÓN SEXUAL EN CHILE: LA (RE)TERRITORIALIZACIÓN DE LA AMBIGÜEDAD DEL GÉNERO POR EL DISCURSO MÉDICO DEL SEXO BINARIO.¹

Resumen: Situándonos en el contexto de la emergencia de distintas agrupaciones por la defensa de los derechos de las personas transexuales en Chile en general, y de su acceso al sistema de salud en particular, nos preguntamos por la perspectiva del cuerpo médico respecto al fenómeno y de su posible despatologización. Para esto, bajo una pretensión genealógica, a través del análisis de publicaciones médicas chilenas del siglo XX sobre la intersexualidad y de cinco entrevistas realizadas a expertos/as en salud transexual, esta presentación aborda los desplazamientos de las conceptualizaciones médicas en torno a las irregularidades sexuales en búsqueda de su posible relación con la entrada de la transexualidad a las redes medicalizadoras. El análisis revela que el tratamiento de la transexualidad en el siglo XXI representa la continuidad de una serie de preceptos provenientes del discurso sexológico de principios del siglo XX, los cuales naturalizan la dualidad de género en el fundamento de la reasignación sexual. Finalmente, se exponen las implicancias ético-políticas de la (re)genitalización de los cuerpos a la luz del análisis histórico de las categorías clínicas que la sustentan.

Palabras clave: irregularidad sexual; regenitalización; intersexualidad; transexualidad; discurso médico.

Introducción.

En el año 1966 el endocrinólogo alemán Harry Benjamin publica un estudio que cambiará radicalmente el discurso médico sobre las irregularidades sexuales: “The Transsexual Phenomenon”. En este libro introdujo el término *transexual* en la literatura médica y difundió su uso. Para Benjamin “el transexual [...] es profundamente infeliz en

¹ Este trabajo se enmarca en el proyecto Fondecyt Regular 1131144/2013-2016.

cuanto miembro del sexo (o género) con el que ella o él ha sido asignado según la estructura anatómica del cuerpo, particularmente los genitales” (1999: 11), siendo su trabajo la cúspide en el desarrollo de la observación médica del sexo en el siglo XX.

Considerando que “desde el siglo XIX los sexólogos occidentales se preocuparon por establecer distinciones entre homosexualidad, travestismo y transexualismo” (Fernández, 2004: 27), Benjamin será quien clasifica al último dentro de la figura que se entendía del travesti, “quien sólo trasviste su ropa” (1999: 8), pero al compartir esta característica con el transexual, necesita diferenciar la especificidad de los travestis no transexuales, para lo que construye la imagen del *travesti verdadero*: “quien está satisfecho con su sexo morfológico.” (1999: 11) Estos últimos “sienten que pertenecen a otro sexo, ellos quieren ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, no sólo en la apariencia” (Benjamin, 1999: 11), idea que es reforzada en un estudio posterior donde la distinción entre estos y los travestis es “el grado de disforia de género y las medidas necesarias para aliviar ese malestar.” (Benjamin e Ihlenfeld, 1974: 459) De esta manera la difusión del término de *transexual verdadero* va de la mano de la disforia como criterio de diagnóstico, haciendo de la Cirugía de Reasignación Sexual (CRS), una necesidad que “sentará los cimientos de un tratamiento destinado a ofrecerle al transexual el cuerpo que la naturaleza le negó.” (Mas Grau, 2010: 5)

Desde la perspectiva foucaultiana, observamos cómo “internadas en el cuerpo, convertidas en carácter profundo de los individuos, las rarezas del sexo dependen de una tecnología de la salud y de lo patológico” (Foucault, 2002: 46), implicando la teorización en torno a la transexualidad la clasificación de parte de la población bajo la constitución de un trastorno proveniente del discurso médico. Tomando en consideración que la última edición del DSM-5² establece como criterio básico para diagnosticar la disforia de género “un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto” (APA, 2014: 239), podemos establecer un correlato entre la imagen de lo que es un *transexual verdadero* desde 1966 con el diagnóstico de la disforia de género en el 2014.

² Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Al respecto, destacamos la importancia de Osvaldo Quijada en el contexto chileno, quien desde una perspectiva antropológica de la sexología, considera que “la ayuda médico-quirúrgica se da en la dirección que sirve a la persona, y no de acuerdo con la gónada o examen de laboratorio encontrado.” (1968: 22) Este criterio de observación de las irregularidades sexuales postula la historización de los mismos, aunque al mencionar que desde el “extremo de pura masculinidad, hasta el extremo de pura femineidad se da en todas las personas una escalonada gama de formas intersexuales” (1968: 10), es posible observar la naturalización de algunos elementos a partir de los cuales realiza este cuestionamiento. Tomando en consideración que “las que quedan al centro son las más notoriamente definidas en lo femenino o en lo masculino y son catalogadas como gente normal” (1968: 10), lo que Quijada cuestiona no es el contenido de las clasificaciones médicas, sino la valoración social que se da al momento de utilizarlas.

Asumiendo que

para entender cómo se desarrolla la tecnología necesaria que haga posible las operaciones de cambio de sexo, debemos tener en cuenta cuál ha sido el tratamiento médico y social que ha tenido la intersexualidad, en tanto que las tecnologías quirúrgicas y la investigación endocrinológica (Balza, 2009: 246)

planteo la necesidad de desarrollar una investigación acorde dentro del contexto local. En este sentido, surge la siguiente interrogante que trataré de responder en las siguientes páginas: ¿Cuál es la relación entre el discurso médico chileno en torno a las irregularidades sexuales en el siglo XX y el de la factibilidad de la Cirugía de Reasignación Sexual en el siglo XXI?

Para resolver la interrogante, analizaré un conjunto de publicaciones médicas de Chile del siglo XX, entre los cuales se encuentran principalmente un libro del doctor Romeo Cádiz titulado “Sexo Anormal”, y las publicaciones de la Revista Médica de Chile.

La patologización de las irregularidades sexuales en las publicaciones médicas.

Considerando la preocupación por establecer una política nacional de salud para afrontar las enfermedades venéreas como problemas propios de la higiene social, encontramos en la obra de los doctores Vial y Osler (1917), y González y Moreno (1921), los esfuerzos del cuerpo médico-policial en localizar los puntos de mayor prevalencia de dichas enfermedades. Herencia de la lucha antisifílica, se trazó una distinción entre los grupos criminalizables y los medicalizables, haciendo de la prostitución masculina el ejemplo por excelencia de este fenómeno. Por ello es necesario tomar en consideración que “el conjunto perversión-herencia-degeneración constituyó el sólido núcleo de nuevas tecnologías del sexo” (Foucault, 2002: 114), proceso de búsqueda y clasificación que “culmina a mediados del siglo XX, con el desarrollo de la endocrinología y de la posibilidad de intervenir quirúrgicamente los cuerpos y de adaptarlos a un cuerpo macho o hembra.” (Balza, 2009: 248) Como ejemplo de lo anterior, encontramos el trabajo del doctor Puelma sobre las “Nociones recientes de endocrinología sexual”, donde se consideran “los caracteres sexuales secundarios, o sea, aquellos caracteres que distinguen a un sexo del otro, además de la sexualidad misma” (1924: 591) como caracteres dependientes del desarrollo gonadal, enlazando hormonación con irregularidad sexual, postulando la castración como mecanismo determinante en la desaparición de los caracteres sexuales secundarios en los casos de una sexualidad ambigua.

En 1929, el doctor Aliaga presenta “Un caso de pseudohermafroditismo de tipo androginoideo irregular”, donde el trastorno es considerado como una “anomalía del aparato genital” (1929: 158), que pone al afectado en directa relación con lo que considera una anatomía patológica. Para el autor, “los individuos de sexo femenino [son quienes] ‘poseen ovarios’” (1929: 461), entonces, al no presentarse en el caso las gónadas femeninas, no logra ser una mujer en su totalidad. En el mismo año, el endocrinólogo Alejandro Lipschutz introduce el artículo “La intersexualidad en el cuy” con una dedicatoria al doctor Gregorio Marañón, cuya influencia es definitoria, haciendo de sus experimentos con roedores réplica de sus preceptos. Así, “la intersexualidad no depende de

las hormonas producidas por la gónada” (1929: 450), sino por “una anomalía del tejido periférico mismo”, escenario que significa un cambio respecto a las visiones anteriormente expuestas sobre la etiología de la intersexualidad, ya que la gónada en sí deja de ser un elemento determinante en su formación.

Dentro del mismo volumen donde fueron publicados los dos artículos anteriores, la *Revista Médica de Chile* comienza con una nota de redacción sobre el doctor Maraño y sus aportes a la endocrinología nacional. La noción de intersexualidad del español se transforma en pauta para la endocrinología chilena, lo que se manifiesta en la publicación de su artículo “La homosexualidad como estado intersexual”, donde “La idea de incluir la homosexualidad entre los estados intersexuales, supone un enorme progreso en la comprensión de esta anomalía del instinto. Progreso no solamente científico, sino social y moral” (1929: 413), ya que la inclusión de este grupo a los estados intersexuales representa el paso de la figura de delincuente a la de enfermo. Por otra parte, Maraño menciona los límites tecnológicos para la determinación de los estados intersexuales, pero bajo una lectura estratégica, a saber: el hecho de “que nuestros métodos histológicos actuales no descubran la bisexualidad de la gónada no equivale a decir que ésta no existe” (1929: 417), dejando un espacio para la duda que termina siendo resuelto por la propia habilidad del endocrinólogo, ya que éste puede determinar “la existencia de la intersexualidad orgánica en sujetos que, al ojo vulgar, parecían completamente normales.” (1929: 419)

En contraste con lo anterior, el doctor Ilabaca en su artículo titulado “Ginecomastia”, difiere de la determinación endocrinológica del estado intersexual, presentado diferentes grados que no se limitan al aspecto meramente cromosómico. El trastorno del desarrollo de las glándulas mamarias en hombres tiene menor relevancia cuando no se relaciona con otros estados intersexuales, presentándose situaciones en donde “todos ellos [los pacientes ginecomastas] confiesen tener una libido normal con marcada potencia viril. Dos son casados y tienen hijos” (1938: 610), siendo el fenómeno problemático más por razones sociales que exclusivamente morfológicas, ya que todos los pacientes “llegaron [...] preocupados por la aparición de este atributo femenino que los cohibía ante sus

compañeros, más que por las manifestaciones dolorosas que, si bien llaman la atención, nunca son considerables.” (1938: 610) En este sentido, el problema no era la ginecomastia en sí, sino el espacio que ocupaba el hombre ginecomasta al enfrentarse a personas con un sexo *normal*.

Más tarde, en el año 1944, el doctor Marañón vuelve a publicar en *la Revista Médica*, un artículo titulado “Sobre la intersexualidad química y sus aspectos clínicos terapéuticos”. Aquí los avances tecnológicos disponibles para la observación de la intersexualidad permiten postular que “en todo individuo normal, se encuentran, siempre, caracteres del sexo contrario, atenuados, al lado de los bien desarrollados que son propios de su sexo” (1944: 5), siendo la intersexualidad un potencial eventual y, por ende “preciso el estudio corte a corte, de la totalidad de las dos glándulas antes de decidir sobre la existencia o no existencia de la intersexualidad de la gónada.” (1944: 7) Pese a encontrar hormonas femeninas y masculinas en un mismo cuerpo, no lo considera como intersexualidad hasta que se manifieste en la formación gonadal.

Los alcances de su estudio llaman bastante la atención cuando son aplicados a una situación en particular. En éste, se expone el caso de una muchacha de 15 años con un extraordinario talento musical quien, al contar con características fenotípicas viriloides como lo es según el discurso médico la ausencia de la menstruación, es sometida a un tratamiento intenso con hormona foliculina y tiroxina. El indicador del éxito de la intervención, aparte de la regularización de su ciclo menstrual, es la transformación de su carácter, el cual “evoluciona claramente hacia la feminidad; se hace mucho más sensible y afectuosa, pierde su energía y se hace tímida ante el público renunciando a muchas de sus actuaciones musicales.” (Marañón: 1944: 11) De cierta manera, este caso hace sospechar de los criterios de éxito de las intervenciones médicas, ya que más que remitirse a los procesos internos del cuerpo, lo importante es la adecuación del cuerpo a la sociedad.

Cinco años más tarde, en 1949, los doctores Tellez, Araya, y Yañez, publican en la revista un artículo titulado “Relación de un caso clínico de pseudohermafroditismo masculino externo”. En él presentan una visión precautoria respecto a los problemas de clasificación

de los cuerpos pseudohermafroditas dadas las singularidades que manifiestan, ya que son tomadas y tomados a menudo “como niñas por sus características sexuales externas. Educados como tales, su psicología es corrientemente femenina; aunque algunos de ellos revelan, a partir de la pubertad, instintos, gustos, y aptitudes de su verdadero sexo”. (1949: 450) El aprendizaje del rol asignado socialmente al sexo es de suma importancia, presentándose el caso de un pseudohermafrodita masculino criado como mujer, que pese a que se le ofreció una cirugía para construirle una vagina, “manifestó que como hombre estaría más capacitado para la lucha por la vida, dada su menguada situación económica y que si bien comprendía que la adaptación a un nuevo género de vida le iba a ser difícil” (1949: 453), sometiéndose a una faloplastia.

En su libro titulado “Sexo anormal”, dedicado a Marañón y siguiendo sus clasificaciones, el doctor Cádiz considera los estados intersexuales como los casos en que coinciden “en un mismo individuo, sea hombre, sea mujer, estigmas físico o funcionales de los dos sexos; ya mezclados en proporciones equivalentes o casi equivalente; [...] con indiscutible predominio del sexo legítimo sobre el espúreo.” (1958: 85) Dentro de esta clasificación se encuentran: el hermafroditismo, el pseudohermafroditismo masculino y femenino, la ginecomastia, la virilización y la homosexualidad (1958), distinguiendo con esta última “al homosexual prostituido, que atenta contra la moral y las buenas costumbres” (1958: XIV) del que “debe tratarse hasta donde es posible de corregir su inversión.” (1958: 52) En su obra también es posible encontrar una imagen previa del que más tarde será llamado *transsexual* por Benjamin, mencionando que: “le damos gran importancia a los juegos infantiles, porque ellos ya anuncian en forma muy cara, los aspectos y matrices funcionales que tendrían estos seres ambiguos en la edad adulta” (1958: 40), caracterización que coincide con el segundo criterio diagnóstico de la disforia de género en el DSM-5, a saber:

"En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas

típicamente femeninas” (APA, 2014: 239)

asociando directamente una condición congénita de insatisfacción con su morfología. Considerando que sólo a finales del siglo XX “la tecnología médica avanzó lo suficiente como para permitir a los científicos determinar el género cromosómico y hormonal, que se toma como el género real, natural y biológico, y al que se llama ‘sexo’” (Maffía y Cabral, 2003: 87), en los casos clasificados por Cádiz se remite al uso de técnicas histiológicas de los tejidos gonadales.

El autor cuando presenta casos de indiferenciación de los sexos, considera que “en las especies animales superiores, y especialmente en la humana, el hermafroditismo es una monstruosidad” (Cádiz, 1958: 104), idea que es comprensible al tomar en cuenta que los científicos del siglo XIX y XX “eligieron a los hermafroditas como objetos de estudio para probar que la naturaleza apenas contaba; pero nunca cuestionaron la asunción [...] de que sólo hay dos sexos, porque su meta era saber más sobre el desarrollo ‘normal’.” (Fausto-Sterling, 2006: 66) Considerando que en su teoría tiene como supuesto que el hombre está “predispuesto para el trabajo físico productor y creador que le permitirá acumular riqueza y gloria y bienestar material para él, su hembra y su cría” (Cádiz, 1958: 82), es precisamente el cuerpo del hermafrodita el que requiere mayor atención debido al alejamiento que presenta respecto al rol esperado del hombre.

Dentro del mismo año de la publicación anterior, en el trabajo de Litvak y Etchart, se manifiesta de forma más certera para la época el criterio para diagnosticar la intersexualidad. En este “Estudio de la llamada cromatina sexual en el síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica y otras endocrinopatías”, “en los casos de hermafroditismo verdadero se observa una estructura cromosómica de macho o de hembra. [Por lo que] En tal caso debe hablarse propiamente del sexo predominante.” (1958: 421) Este estudio marcará un principio a partir del cual se distinguirá con mayor certeza el *sexo verdadero*, por medio de la cromatina sexual. En este sentido, “el hallazgo de células cromatina positivas en estos casos permitirá ofrecer [...] el tratamiento quirúrgico y endocrino que las oriente en su verdadero sexo” (1958: 423), permitiendo su estudio la detección temprana de

los estados intersexuales, posibilitando un tratamiento adecuado antes del desarrollo de la ambigüedad de los cuerpos.

Avances tecnológicos como el perfeccionamiento de la lectura de la cromatina sexual lo consideramos como precedente de un tercer periodo de la observación médica, caracterizado por la consolidación del control del potencial estado intersexual, publicándose en el año 1963 las ventajas de la lectura de los cromosomas, pero en caso de pseudohermafroditismo. Aquí el equipo compuesto por el doctor Atria junto a Etchart, Vela y Rodríguez, presentan su estudio “Pseudohermafroditismo masculino como causa de amenorrea primaria”, donde pese a que en vez de observar las causas del pseudohermafroditismo el interés éste en éste como causa, lo que tiene relación con nuestro análisis es la discusión que presentan al final del artículo, a saber: “el sexo cromosómico no podía ser la condición que decidiera el sexo social y que debía tratar de mantenerse el sexo aparentemente en su condición inicial prescindiendo del tipo de la gónada.” (1963: 591) Aquí vemos claramente como el desarrollo y aplicación de las tecnologías permite un mayor control de la medicina por sobre la naturaleza, siendo el sexo social consecuencia de la tecnología médica y no así por los designios de la naturaleza ante los cuales la medicina intentaba adecuar los cuerpos.

Nueve años más tarde, los doctores Michaud, Magiolo, Beas, Pierret, Roa, y Chanqui, presentan un caso de “Hermafroditismo verdadero con mosaico XX-XY”. El sujeto de estudio es Andrés, un joven de 15 años con un par cromosómico XX, es decir, de quien se esperaba presentar, bajo su orden cromosomal, caracteres sexuales femeninos. Esta persona “relata haber orinado siempre sentado, y en el examen físico, no se apreciaba desarrollo de barba ni de bigote [...], la voz era gruesa y existía ginecomastia bilateral.” (1972: 665) Pese a que este cuadro clínico hubiera incitado a los médicos a readecuarlo en función de sus caracteres sexuales predominantes, el equipo médico decidió observar el entorno del afectado. Andrés, “Aunque vive en contacto permanente con su madre y sus cinco hermanas, y las últimas lo incitaban a jugar a las muñecas u otras diversiones de tinte femenino [...] no tuvo inclinaciones de aquel tipo” (1972: 666), por ende, el par

cromosómico no dictó su feminización. Del mismo modo, si bien “existe el problema de la falta de uretra peneana, que lo obliga a orinar sentado, nos parece indudable que el bajo nivel cultural en que se desarrolló, llevó a mantener esta situación al no darle mayor importancia a esta anomalía.” (1972: 667) En este sentido, el espacio social que ocupa el paciente tiene mayor peso que sus cromosomas.

La idea anterior se ve sintetizada en las conclusiones del estudio, ya que “Si se considera que junto al sexo cromosómico, al gonadal, y al genital, existe un sexo legal y psíquico, este último adquiere una importancia fundamental para un paciente como el presentado” (1972: 668), y esa prominencia del sexo legal y psíquico es determinante para el tratamiento, manifestando los autores que “su sexo psicológico era claramente masculino, siendo muy discutible la posibilidad de cambiarlo, porque sin duda en el desarrollo de él había jugado un papel predominante la educación y el medio.” (1972: 668) Este caso nos vuelve a presentar la idea de que la socialización tiene un peso fundamental en la orientación de las disposiciones congénitas de las personas intersexuales.

Finalmente, en el intervalo observado el último artículo que contiene información digna de ser expuesta lo presentan los doctores Castillo, Vergnaud, De los Ángeles, y Daher: “Varón XX: Primer caso en Chile”, publicado en 1986. Si ya en el artículo de Michaud et al. era debatible la importancia otorgada a la presencia (o ausencia) del cromosoma Y en el cariotipo del cuerpo intersexual, esta irregularidad del sexo manifiesta un profundo cuestionamiento de los procedimientos médicos basados exclusivamente en la lectura del par cromosómico. Los autores mencionan que el supuesto del discurso biomédico ha sido que “independientemente del número de cromosomas X por célula, los embriones con un cromosoma Y desarrollan testículos, en tanto que aquellos que no lo poseen desarrollan ovarios” (Castillo et al., 1986: 964), sin embargo, en el caso presentado “clínicamente, tiene un fenotipo masculino y testículos. En el estudio citogenético tiene un cariotipo 46, XX y no se encontró un cromosoma Y” (1986: 1966). En este sentido, podemos concluir que en la observación del orden cromosomal en la endocrinología se ciñe al supuesto de que cuando el genotipo no se correlaciona con el fenotipo, la constitución del sexo del

individuo se considera como un trastorno.

Los cambios en el discurso médico en torno a las irregularidades sexuales entendidos como “una serie de condiciones congénitas en los que el desarrollo cromosómico, gonadal, o sexo anatómico es atípico” (Topp, 2013: 182), manifiestan los desplazamientos de la manera en que éstos son recurridos para clasificar una serie de cuerpos que no se ajustan en su naturaleza a los esquemas de normalidad que reproduce el discurso médico, la idea de que “los seres humanos están divididos en dos clases: una especie perfectamente dimórfica.” (Fausto-Sterling, 2000: 19-20) Los avances tecnológicos que posibilitan una detección temprana y así un tratamiento prematuro del estado intersexual, terminarían por encausar la constitución congénita hacia la aceptación social del paciente en función de la manifestación de ese *sexo verdadero* a través de la terapia, gestando el escenario en donde “los genitales poco definidos de los intersexuales [...] se les redefine por medio de la cirugía, con el fin de hacerles crecer socialmente como niños/hombres o como niñas/mujeres.” (Nieto, 2008: 238) Siendo ejemplo de ello que “el pseudohermafrodita, ya no era el que presentaba una aparente mezcla de genitales masculinos y femeninos, sino una mezcla de tejidos testiculares y ováricos” (Vázquez, 2013: 85), idea reflejada en los estudios de Lipschutz.

Sin embargo estos cambios no afectan la noción misma de irregularidad sexual o intersexualidad, ya que el análisis de la historia de la intersexualidad y su tratamiento médico y cultural puede afirmar que “son las interpretaciones sociales y culturales acerca de lo que sean los sexos las que determinan el modo de concebir los cuerpos sexuados de los sujetos.” (Balza, 2009: 249) Los avances técnicos van de la mano de los criterios de diagnóstico basados en el “conocimiento disciplinario acumulados en los campos de la embriología, la endocrinología, la cirugía, la psicología y la bioquímica [los que] ha[n] movido a los médicos a intentar controlar el género mismo del cuerpo” (Fausto-Sterling, 2006: 22), idea que se refleja en un manejo tecnificado que termina por encausar los cuerpos antes de que los estados intersexuales se hagan manifiestos.

Pese a poder observar la presentación de una serie de casos asociados los distintos estados

intersexuales, es notable la ausencia de la transexualidad como fenómeno a tratar, lo que tiene una explicación sumamente lógica, ya que para el caso europeo y norteamericano “así como la idea de que la homosexualidad es un rasgo innato y estable no se planteó hasta fines del siglo XIX, el transexual no emergió plenamente como un tipo especial de persona hasta mediados del veinte.” (Fausto-Sterling, 2006: 134) Sin embargo este fenómeno para el caso nacional se dilata al observar el caso de Marcia Alejandra, la primera transexual de Chile que fue operada en 1970 durante el gobierno de Salvador Allende. Pese a ser considerada como tal, para los médicos que la intervinieron “se trataba de un pseudohermafroditismo, que posiblemente tenía una alteración del orden cromosómico, que debían realizar diferentes exámenes de sangre y cuanta cosa más, que además debía ser vista por el psiquiatra del equipo” (Marcia Alejandra en González, 2007: 6), situación que se explica por una lectura errada de su proceso de feminización clandestino, el cual al generar caracteres sexuales de una pseudohermafrodita nos empujan a considerar que

el cirujano no ‘cambiaba el sexo’ del afectado; [...] lo decisivo era el ‘verdadero género’ inducido por socialización, no un supuesto ‘sexo verdadero’ dado en la naturaleza. Además, con la invención del ‘género’ y su disociación del ‘sexo’, se hizo posible la aparición de un nuevo tipo de subjetividad patológica y por tanto de un nuevo campo de intervención médica: el ‘transexual’. (Vázquez, 2013: 89)

De esta manera, se hace necesario observar con mayor detención la historia de la población trans para el contexto local, por lo que profundizaré en aquel fenómeno por medio de las entrevistas realizadas a los actores más relevantes dentro del discurso médico chileno del siglo XXI en torno a las irregularidades sexuales.

Las implicancias ético-políticas: la (re)genitalización como (re)territorialización de los estados intersexuales.

Tomando en consideración los rasgos fundamentales del discurso médico presentados a lo largo de esta investigación, es posible realizar un análisis sincrónico en base de ciertos principios que representan una naturalización de elementos eclipsados por la propia pretensión científicista de la intervención médica. Los avances en los estudios de los estados intersexuales otorgan al discurso médico la propiedad de establecer una etiología que se constituye como base para “instalar el principio de inteligibilidad en el desarrollo mismo de un cuerpo” (Butler, 2005: 61), dándose las garantías de corregir los fenómenos naturales en función de la teleología que presupone el discurso como formación *normal* de la naturaleza.

Si tomamos la emergencia de los fenómenos leídos como caracteres sexuales de los cuerpos *anormales* fuera de la misma lectura que los asocia como tales, es posible pensar en los cuerpos intersexuales como cuerpos no orgánicos, cuyas partes serían, en términos deleuzianos, formaciones rizomáticas, es decir, cuerpos con elementos que se escapan a su constitución de organismos, los cuales una vez que asientan su existencia como responsabilidad del criterio médico, son encausados por su funcionamiento como máquinas binarias, “aparatos de poder para interrumpir los devenires.” (Deleuze y Parnet, 2002: 43) El discurso médico al funcionar como calco, “ha organizado, estabilizado, neutralizado las multiplicidades según sus propios ejes de significación. Ha generado, estructuralizado el rizoma, y, cuando cree reproducir otra cosa, ya sólo se reproduce a sí mismo.” (Deleuze y Guattari, 2004: 18) En este sentido, la condición de posibilidad de la CRS limita la misma a su funcionamiento como calco del mapa del genital conceptualizado como natural. El bisturí corta el rizoma, emborrona el mapa del cuerpo, haciendo de la regenitalización un proceso de transexualización en pos de superar la transexualidad misma, con el propósito de enraizar los caracteres en función de la identidad que se quiere constituir en un cuerpo entendido como organismo.

Bajo esta lectura, la noción de monstruosidad en Cádiz (1958) constituye una concepción

del cuerpo que determina todo el proceder científico en torno a las irregularidades del sexo, por lo que retomo la pregunta de Fernández y Siqueira, “¿Qué es lo monstruoso?”; desde la concepción griega se refiere “a lo intermedio, lo mezclado, lo ambivalente, lo desordenado, lo horrible y fascinante a la vez [...] Sería aquello que no puede ser emplazado en las taxonomías establecidas, que genera miedo, morbo y/o violencia.” (2013: 25) El cuerpo al ser concebido como un organismo establece una configuración particular que hace de toda configuración posible fuera de sus propias condiciones de posibilidad una aberración, haciendo de la corrección una re-territorialización, un proceso alcanzable por medio de la regeneritalización.

De este modo, la construcción de conceptos para dar explicación a fenómenos reales para la ciencia, por medio de representaciones, es un modo de archiescritura, ya que la arbitrariedad en la elección de una configuración posible del cuerpo, homologándola a una constitución orgánica, es una obliteración que reproduce categorías constituidas y validadas desde su mismo discurso eclipsando su propio origen. La presencia de la noción biomédica del *cuerpo normal* funda un mito de ocultamiento de la arbitrariedad con que fue constituida, y “es por medio de esa ausencia de todo centro real y fijo del discurso mítico o mitológico como se justificaría el modelo.” (Derrida, 1989: 394) El modelo médico constituye una configuración necesaria del *cuerpo normal*, una reiteración por medio de la observación del cuerpo del paciente que manifiesta la iterabilidad de la configuración de lo normal pretendido en cada observación. La construcción de la idea del *sexo anormal* forma parte de la violencia fundadora que refiere “a la repetición de sí y funde lo que debe ser conservado, conservable, prometido a la herencia y a la tradición, a la partición. [...] la iterabilidad inscribe la promesa de mantenimiento en el momento más irruptivo de la fundación.” (Derrida, 1992: 166)

En este punto es posible relacionar este escenario con el paradigma occidental de género en donde “la heterosexualidad opera como principio organizador central de la sexualidad, y la preferencia sexual existe sólo en relación con el género y la fisiología” (Fernández, 2004: 48), lo que una vez integrado a la lógica interna del modelo médico perpetúa la idea de

“que hay sólo dos géneros derivados de dos sexos [dando] como resultado un sobredimensionamiento de la importancia de lo biológico hasta hacer de este dominio un elemento determinante de la sexualidad y del género.” (Fernández, 2004: 45) En este sentido, como la lectura de la sexualidad está subsumida a una matriz cultural que se reproduce con la práctica médica, este sistema

produce regímenes de codificación de verdades que determinan que una persona, al nacer con sexo biológico macho, su género será masculino, su deseo heterosexual y su práctica sexual activa; [...] si una persona nace con sexo biológico hembra, su género será femenino, y su deseo heterosexual y su práctica sexual, pasivos. Cualquier expresión sexual y/o de género que escape de estas determinaciones no será reconocida por este sistema o, en caso de que la reconozca, lo hará a través de la clasificación, del diagnóstico, de la patologización, del crimen, del estigma, de la exclusión y hasta la muerte. (Fernández y Siqueira, 2013: 35-36)

Como ejemplo de la preeminencia de estos regímenes de codificación podemos ver todos los desplazamientos de las territorializaciones en donde, finalmente, la corrección del cuerpo intersexuado hace de su cuerpo un elemento aceptable por la sociedad: el ginecomasta de Ilabaca en el estudio de 1938 que sufre más por no ser aceptado en su condición que por el propio dolor que le produce la afección, la quinceañera que en 1944 Marañoñ logró inundar de timidez en pos de su feminización, el pseudohermafrodita que en el estudio de Tellez en 1949 fue sometido a una falloplastía para presentarse como un trabajador en la sociedad, y el paciente de Gómez cuyo sexo-psicosocial fue crucial para lograr el diagnóstico, son muestra de que “la elección de los criterios para determinar el sexo, y la voluntad misma de determinarlo, son decisiones sociales para las que los científicos no pueden ofrecer guías absolutas.” (Fausto-Sterling, 2006: 19-20) De la misma manera los puntos de quiebre presentados por Litvak y Etchart en 1958 al hacerse cargo de los estados intersexuales antes de su desarrollo a través de la lectura de la cromatina sexual,

y luego por el equipo de Atria en 1963 aplicado la misma a los pseudohermafroditas, son muestra de que “el conocimiento promovido por las disciplinas médicas autoriza a los facultativos a mantener una mitología de lo normal a base de modificar el cuerpo intersexual para embutirlo en una u otra clase.” (Fausto-Sterling, 2006: 23)

Del mismo modo que los casos anteriores, el peso fundamental de la socialización en la orientación de las disposiciones congénitas de las personas intersexuales que lleva al equipo de Michaud en 1972 al catalogar a Andrés como hombre, y para qué decir en el caso del trabajo del equipo de Castillo con el primer varón XX en Chile, que hace cuestionar el peso del par cromosómico en la lectura del fenotipo, donde se muestra que “para mantener la división de géneros, debemos controlar los cuerpos que se salen de la norma” (Fausto-Sterling, 2006: 23), siendo los propios intersexuales ya aceptados socialmente sólo postulantes a una (re)construcción genital.

Con la observación de los estados intersexuales no se reprime, sino que se generan cuerpos, “los dispositivos de poder [...] codifican y re-territorializan.” (Deleuze, 1995: 8) La iteración del cuerpo sexuado según el binomio obliterado niega el hacer de la repetición una novedad, devenir transexual es constituirse como un ser deseado por el modelo biomédico, apuntando las actualizaciones a la necesidad, “las reiteraciones nunca son meras réplicas de lo mismo. Y el ‘acto’ mediante el cual un nombre autoriza o desautoriza una serie de relaciones sociales o sexuales es [...] repetición.” (Butler, 2005: 318) Hacer de los cuerpos potencialmente no deseables por la sociedad un medio de la representación de sí, concordante con la matriz patriarcal de los cuerpos sexuados desde la regenitalización, representa los límites establecidos “dentro de los términos de un discurso cultural hegemónico basado en estructuras binarias que se manifiestan como el lenguaje de la racionalidad universal. [...] ese lenguaje establece como el campo imaginable del género.” (Butler, 2007: 59) La CRS re-territorializa, niega la diferencia, fija y prohíbe el desplazamiento, o más bien, lo limita al tránsito de un extremo a otro en el campo de la inteligibilidad basada en el binario. El nuevo genital representa, subyuga y mediatiza la diferencia posible del devenir fuera de la inteligibilidad, siendo los cuerpos transexuales

aceptados por la medicina en la medida que su entrada al quirófano posibilita la imposición de un genital culturalmente constituido, idea que hace concluir que “se construye o fabrica la transexualidad, desde la perspectiva clínica, como se construyen o fabrican prótesis peneanas.” (Nieto, 2008: 13)

Pese a existir en el siglo XXI un giro hacia los derechos identitarios de los grupos de la diversidad sexual que demandan la entrada al sistema de salud, tal como el médico esconde sus prejuicios bajo la blanca neutralidad de su delantal, tanto las personas intersexuales como las transexuales abandonan su identidad al disfrazarse de un paciente más en la consulta. Así “el ‘cuerpo’ es en sí una construcción, como lo son los múltiples ‘cuerpos’ que conforman el campo de los sujetos con género. No puede afirmarse que los cuerpos posean una existencia significativa antes de la marca de su género.” (Butler, 2007: 58) De este modo, el malestar sentido por las personas transexuales, y por qué no, también las intersexuales, “debe ser entendido desde la negación de un reconocimiento en los marcos de inteligibilidad, que puede hacer que unas determinadas vidas no sean entendidas ni entendibles.” (Roselló, 2013: 62)

El lugar de los estados intersexuales es un no lugar, un lugar de tránsito que termina siendo normalizado por dos procesos: uno que territorializa el cuerpo en las categorías clínicas, y otro que re-territorializa por medio de la (re)genitalización del cuerpo, haciendo de la CRS un “ejercicio explícito de individualización y psicologización de la opresión, en tanto transmuta el efecto en causa, al ubicar la disforia en el género y no en las consecuencias relacionales de la transfobia.” (Roselló, 2013: 60) Al igual que “los intersexuales o hermafroditas son los sujetos que nacen con una corporalidad ambigua, en tanto que sus cuerpos no se ajustan a la norma cultural y médica del sistema de dos sexos” (Balza, 2009: 246), el concepto de disforia de género es reflejo de la pretensión de (re)territorialización de los cuerpos aberrantes, haciendo de la entrada de la persona trans al quirófano un acto transfóbico en pos de la superación de la propia transfobia que vive antes de operarse.

Referencias bibliográficas.

- ALIAGA, C. 1929. “Un caso de pseudohermafroditismo. Tipo androginoideo Irregular”. *Revista médica de Chile*. Año LVII, Junio. N°6.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). 2014. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Wachington, DC, Estados Unidos: APA.
- ATRIA, P., ETCHART, M., VELA, P., RODRIGUEZ, J. 1963. “Pseudohermafroditismo masculino como causa de amenorrea primaria”. *Revista Médica de Chile*. Año 91. Agosto 1963. N°8.
- BALZA, Isabel. 2009. “Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgenerismo”. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*. N°40, enero-junio, 245-258.
- BENJAMIN, Harry y IHLENFELD, Charles. 1973. “Transsexualism”. *American Journal of Nursing*. 73: 457-61
- BENJAMIN, Harry. 1999. *The Transsexual Phenomenon. Electronic edition*. Düsseldorf: Symposium Publishing.
- BUTLER, Judith. 2005. *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- BUTLER, Judith. 2007. *El género en disputa*. España: Paidós.
- CASTILLO, S., VERGNAUD, G., DE LOS ÁNGELES, M., DAHER, V. 1986. “Varón XX: Primer caso en Chile”. *Revista Médica de Chile*. Octubre 1986. N°10.
- DELEUZE, Guillez y GUATTARI, Félix. 2004. *Mil mesetas*. Valencia, España: Pre-Textos.
- DELEUZE, Guillez y Parnet, Claire. 2002. *Diálogos*. Madrid, España: Editorial Nacional.
- DELEUZE, Guillez. 1995. *Deseo y placer*. Barcelona, España: Letra e.
- DERRIDA, Jacques. 1989. *La escritura y la diferencia*. Barcelona, España: Anthropos.
- DERRIDA, Jacques. 1992. “Fuerza de Ley: el fundamento místico de la autoridad.” *DOXA. Cuadernos de Filosofía del Derecho*. núm. 11, pp. 129-191.

- FAUSTO-STERLING, Anne. 2000. "The Five Sexes, Revisited." *The Sciences*. New York Academy of Sciences. July/August.
- FAUSTO-STERLING, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados*. Barcelona, España: Editorial Melusina.
- FERNÁNDEZ, Ana María y SIQUEIRA, William. 2013. *La diferencia desquiciada*. Buenos Aires, Argentina: Editorial biblos.
- FERNÁNDEZ, Josefina. 2004. *Cuerpos desobedientes*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.
- FOUCAULT, Michel. 2002. *Historia de la sexualidad*. V.1.. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- GÓMEZ, R., BRADFORD, I., PLAZA, M. 1958. "Disgenesia gonadal (Síndrome de Turner-Albright)". *Revista médica de Chile*. Año LXXXVI, N°1.
- GONZÁLEZ, Juan. (2007) *Marcia Alejandra Torres, la Primera Transexual de Chile*. [on line]. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Available at: http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/423/entrevista_marcia.pdf?sequence=1 [Accessed on 5.12.14].
- GONZÁLEZ, MORENO.1921. "El problema de la prostitución". *Revista médica de Chile*. Año XLIX, Santiago, Abril de 1921. N°4.
- ILABACA, L. 1938. "Ginecomastia". *Revista Médica de Chile*. Año LXVI. Santiago, Enero de 1938. N°1.
- LIPSCHUTZ, A. 1929. "La intersexualidad en el cuy". *Revista médica de Chile*. Año LVII, Junio de 1929. N°6.
- LITVAK, J., ETCHART, M. 1958. "Estudio de la llamada cromatina sexual en el síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica y otras endocrinopatías". *Revista Médica de Chile*. Año LXXXVI. Santiago, Julio de 1958. N°7.
- MAFFÍA, Diana y CABRAL, Mauro. 2003. "Los sexos ¿son o se hacen?" En: MAFFÍA, D. (comp.). *Sexualidades migrantes, Género y trangenerismo*. Buenos Aires, Argentina: Feminaria Editora.

- MARAÑÓN, G. 1929. “La homosexualidad como estado intersexual”. *Revista médica de Chile*. Año LVII. Junio de 1929. N°6.
- MARAÑÓN, G. 1944. “Sobre la intersexualidad química y sus aspectos clínicos terapéuticos”. *Revista médica de Chile*. Año LXXII. Santiago, Julio de 1944. N°7.
- MAS GRAU, J. 2010. *Identidades gestionadas*. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Barcelona, España.
- MICHAUD, P., MAGIOLO, C., BEAS, F., PIERRET, T., ROA, A., CHUAQUI, B. 1972. “Hermafroditismo verdadero con mosaico XX-XY. Estudio clínico y psicológico”. *Revista Médica de Chile*. Año 100, Junio 1972. N°6.
- NIETO, José Antonio. 2008. *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. España: Edicions Bellaterra.
- OSLER, W. 1917. “La campaña contra las enfermedades venéreas”. *Revista médica de Chile*. Año XLV, Santiago, Agosto de 1917. N°8.
- PUELMA. 1924. “Nociones recientes de endocrinología sexual – los caracteres sexuales secundarios”. *Revista médica de Chile*. Año LII. 1924. N°8-9.
- QUIJADA, Osvaldo. 1968. *Cambios de sexo*. Buenos Aires, Argentina: Sociedad chilena de sexología antropológica.
- ROSELLÓ, Miguel. 2013 “Entre cuerpos inacabados e intersexualidades imposibles”. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 15, No 1, 57-67.
- TELLEZ, R., ARAYA, A., YAÑEZ, A. 1949. “Relación de un caso clínico de pseudohermafroditismo masculino externo”. *Revista Médica de Chile*. Año LXXVII, Santiago, julio de 1949. N°1.
- TOPP, Sarah. 2013. “Against the quiet revolution: The rhetorical construction of intersex individual as disordered”. *SAGE*. 16: 180.
- VÁZQUEZ, Francisco. 2013. “Más allá de la crítica de la medicalización”. *CONSTELACIONES. Revista de Teoría Crítica*. España. Número 5, VIAL. 1917. “Reglamentación de la prostitución. Salas para la hospitalización de prostitutas”. *Revista médica de Chile*. Año XLV, Santiago, Enero de 1917. N°1