



FLACSO
ARGENTINA

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA BIOÉTICA

Maestría en Bioética

**Subjetividades de profesionales de la salud de AMBA en torno a la intersexualidad: un
abordaje desde la bioética**

Maestrando: Facundo I. González Guayaco

Director de Tesis: Mg. Jairo Antonio Rodríguez Leuro

Resumen

Esta investigación indaga significados que médicas/os argentinas/os poseen en torno a la intersexualidad, así como los presupuestos teóricos y axiológicos que sustentan esas ideas y creencias. Desde el punto de vista bioético es importante estudiar el discurso de profesionales de la salud porque permite reconocer hasta qué punto el saber médico resulta normativo, condiciona y regula el modo de concebir y abordar la variación intersexual en el ámbito de la salud, y más en general, las cuestiones de género.

Con este objetivo, y desde un enfoque metodológico cualitativo, se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos. Esta se aplicó a un grupo de médicas/os del AMBA (n=21), elegidas/os mediante un muestreo no probabilístico en cadena.

Entre los hallazgos se destaca la relación entre la normatividad de género y las prácticas médicas consideradas adecuadas para abordar la intersexualidad. Algunas/os profesionales consideran a la genitalidad intersexual como una ambigüedad a resolver, mientras que otras/os la perciben una posibilidad sexual más.

En el discurso de algunas/os médicas/os se aprecia que, asumiendo el modelo médico hegemónico, se centran en la dimensión biológica y binaria de la sexualidad. En cambio, hay otras/os que se alejan de ese modelo, priorizando, por ejemplo, la dimensión social del sexo.

Palabras clave: Bioética – Género – Intersexualidad – Adecuación genital

Abstract

This research investigates meanings that Argentine doctors have around intersexuality, as well as the theoretical and axiological assumptions that sustain these ideas and beliefs. From the bioethical point of view, it is important to study the discourse of health professionals because it allows us to recognize the extent to which medical knowledge is normative, conditions and regulates the way of conceiving and addressing intersex variation in the health field, and more so in gender issues generally.

With this objective, from a qualitative methodological approach, the in-depth interview was used as a data collection technique that was applied to doctors from the AMBA (n = 21), chosen through non-probabilistic chain sampling.

The relationship between gender norms and medical practices considered adequate to address intersex stands out as a key finding. Some professionals consider intersex genitality as an ambiguity to be resolved, while others perceive it as just another sexual possibility.

In the discourse of some doctors, it is appreciated that, assuming the hegemonic medical model, they focus on the biological and binary dimension of sexuality. On the other hand, there are others who distance themselves from this model, prioritizing, for example, the social dimension of sex.

Keywords: Bioethics - Gender - Intersexuality - Genital adequacy

Agradecimientos

La presente tesis fue realizada con el acompañamiento de muchas personas que me han brindado su tiempo, consejos y recomendaciones, por lo que estaré siempre agradecido con ellas/os.

Quiero mencionar que, a través del programa de Bioética de FLACSO y su plantel docente de excelencia, encontré un espacio que ha despertado mi curiosidad por esta apasionante disciplina. Mi agradecimiento especial a Florencia Luna. Aún recuerdo las primeras clases de la cursada y el momento en que comencé a aproximarme a dicho campo disciplinar.

Me gustaría expresar un sentido agradecimiento a todas las personas que participaron de las entrevistas. Estoy al tanto del sacrificio que implicó para muchas de ellas, sobre todo en un contexto de emergencia sanitaria como el vivido con ocasión de la pandemia por Covid-19.

Agradezco también a quienes facilitaron el trabajo de campo y a quienes han leído y aportado sus críticas a la tesis en plena etapa de producción: Emiliano, Mariano, Daniela, Luciana, Vanesa, “Pipe”, Solange, Lorena, Maximiliano. Especialmente agradezco la predisposición, consejos y paciencia de Adrián.

A mis colegas, que tan gentilmente asumieron compromisos laborales para que pueda empeñarme con mayor dedicación a esta tesis. Dentro de este grupo quiero mencionar especialmente a Roberto.

Me gustaría agradecer a todas las personas que me apoyaron incondicionalmente en este camino recorrido, por confiar en mí y alentarme siempre, entre ellas Pablo y Adriana. Agradezco el especial acompañamiento que me brindaron. No hay palabras para describir mi gratitud hacia ellos.

Un especial agradecimiento a Quintín, quien ha vivido con alegría la realización de esta tesis, a pesar de los momentos duros que le trajo la pandemia.

Quiero dedicar un apartado especial a mi Director de tesis, quien ha guiado este trabajo con una dedicación y entrega que siempre recordaré con afecto: gracias, Jairo.

Por último, quiero dedicar un agradecimiento especial a mi compañera de vida, quien ha transitado, acompañado y me ha alentado en cada momento de esta producción de tesis: gracias, Agustina.

ÍNDICE

Introducción	9
1. Presentación del tema y estado de la cuestión	9
2. Problema de investigación	15
3. Objetivos	15
4. Relevancia de la investigación	15
Capítulo 1: Marco Teórico	19
1. Normatividad de género e inteligibilidad de lo humano	20
1.1 El sexo natural: modelo de un sexo y modelo de dos sexos	23
1.2 Sexo natural binario y género	24
1.3 El género y el sexo cultural	26
2. Dilemas bioéticos en torno a nacimientos intersexuales	29
2.1 El Modelo Médico Hegemónico	29
2.2 Tecnología aplicada al cuerpo: de nuevas posibilidades a dilemas éticos	32
2.3 Salud y normalidad: ¿saber científico o vulgar?	33
2.4 ¿Quién decide sobre el cuerpo de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual?	36
3. Distintas miradas acerca de la intersexualidad	42
3.1 Semánticas sobre la intersexualidad	43
3.2 Abordajes institucionales de la intersexualidad	46
3.3 Intervención quirúrgica de personas intersex: una práctica en tensión	49

Capítulo 2: Marco metodológico	53
Capítulo 3: Resultados	71
1. Imaginarios sobre salud y normalidad en torno a la intersexualidad	71
2. Criterios biomédicos al decidir una intervención quirúrgica	76
3. Clasificación sexual: tensiones entre las dimensiones médicas, legales y sociales.....	86
Reflexiones finales	96
Bibliografía	103

Índice de Figuras

Figura 1. Matriz de inteligibilidad heteronormativa	22
Figura 2. El sexo como un continuo	28
Figura 3 Clasificación médica de los estados intersexuales	45
Figura 4 Características sociodemográficas de la muestra no probabilística (n=21).....	55
Figura 5. Entrevista	57
Ilustración 6. Compromiso de confidencialidad	59
Figura 7 Consentimiento informado	59
Figura 8.Mordelo de invitación a participar de la entrevista	61
Figura 9. Matriz de análisis de datos.....	63
Figura 10. Matriz con los criterios médicos sobre operación genital intersex	68
Figura 11. Matriz sobre la influencia de la registraci3n legal del sexo en el modelo m3dico hegem3nico.....	68

Figura 12. Matriz sobre la influencia de las vivencias de género en la clasificación sexual que se hace a nivel médico.....	69
Figura 13. Posicionamientos sobre la intersexualidad como problema de salud	74
Figura 14. Síntesis de los posicionamientos médicos frente a un nacimiento intersexual (N=21. Profesionales médicas/os del AMBA, 2021)	77
Figura 15. Las vivencias de género frente al discurso médico	94

Introducción

1. Presentación del tema y estado de la cuestión

La presente investigación aborda la cuestión de la intersexualidad desde un enfoque bioético, a partir de sus manifestaciones en el imaginario, el discurso y la praxis de profesionales médicas/os del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Con el término intersexualidad se alude aquí a una variación de corporalidades cuyos cromosomas, órganos reproductivos y/o genitales, entre otros, no se ajustan a los patrones sexuales del estándar binario mujer/varón (Duranti, 2011; Bernal, 2011; Cabral, 2009).

Algunos estudios afirman que la cantidad de personas intersexuales van de 1 cada 2000 a 1 cada 4000 (INADI, 2016). También se ha planteado que la cifra asciende al 4% de la población mundial, aunque la estadística más conservadora oscila entre 0,5% y 1.7%. Sin perjuicio de dichas discrepancias, el porcentaje de 1.7 es el que se impone como núcleo duro y el que resulta más fiable (CIDH, 2018a; Aoi, 2017; ONU, 2015; Galperin, s/f).

Tal como expresa Cabral (2009), en la cultura occidental el pensamiento dual orienta muchas prácticas y discursos médicos, incluso la designación del sexo. La medicina, sobre todo a partir del surgimiento de la ginecología en el siglo XIX, reconoció dos identidades posibles bajo los rótulos mujer/varón (Laqueur, 1994) a partir de ciertos criterios científicos de reconocimiento (Foucault, 2007).

Ahora bien, las personas intesex nacen con una morfología que impide ubicarlas en algunos de los extremos opuestos de la dualidad anteriormente referida (Cabral y Benzur, 2005). En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) ha sostenido que la asignación del sexo al nacer es de carácter social, en tanto se realiza en base a la percepción que otras personas tienen sobre los genitales de la persona recién nacida.

Vale indicar aquí que la tecnología he tenido un rol muy importante en las posibilidades de abordaje y tratamiento médico de la intersexualidad. Tal es así que, a partir de la década de 1950, se comenzaron a realizar las primeras cirugías que permitieron adecuar, siempre dentro de una lógica binaria, aquellos cuerpos intersexuales. Más aún, la decisión de si tal intervención quirúrgica debía ser feminizante o masculinizante, por lo menos hasta el año 1990, se resolvía a nivel clínico (Oliveira Reis de Paula y Vieira, 2015).

Recién hacia finales de la década del 90, el abordaje de la intersexualidad comienza a incorporar prácticas bioéticas tales como el consentimiento informado de la familia, la observancia de las particularidades del caso y la valoración del contexto (Flor, 2015; Oliveira Reis de Paula et al., 2015). Sin embargo, la problematización y debates generados en clave bioética en torno a las personas intersexuales no han conseguido aún el abandono de las prácticas quirúrgicas feminizantes o masculinizantes (Cabral et al., 2018; Maffía et al., 2003).

Es aquí donde se advierte, precisamente, el valor de la bioética para contribuir de modo crítico en la discusión sobre el tema, en la medida en que profesionales de la salud se enfrentan en su vida laboral cotidiana a situaciones que renuevan de continuo los interrogantes relacionados con la intersexualidad, ya que cuando se presentan estos casos con frecuencia surgen dudas en las personas profesionales de la salud respecto al modo de obrar en tales casos: si es necesario realizar algún tipo de intervención frente a una persona que presente un estado intersexual al nacer y, eventualmente, quién debe tomar la decisión, es decir, si el profesional de la salud, la persona paciente o la familia (Flor, 2015; Cabral, 2009).

En otras palabras, aspectos como la autonomía de la persona paciente o la autonomía familiar son dimensiones bioéticas que continuamente son revisadas y discutidas a propósito de la intersexualidad.

Junto a lo anterior emerge también la pregunta sobre si la intersexualidad es un problema de salud o no, y en caso afirmativo, en qué condiciones lo sería (Hadid, 2018); y el debate acerca de cuál es el rol de lo social en la determinación del sexo de las personas (Butler, 2006a; Fausto-Sterling, 1998).

Para conocer con mayor detalle de qué modo se ha abordado la temática en el campo académico se efectuó una revisión bibliográfica en diferentes buscadores y repositorios Web. El relevamiento se hizo utilizando las palabras clave intersexualidad, trastorno del desarrollo sexual, intesex, desorden del desarrollo sexual, desarrollo sexual diferente, determinación sexual, discurso médico, bioética. Se priorizaron las publicaciones en idioma español.

En primer lugar, distintos estudios que abordaron la temática son coincidentes en afirmar que la información estadística oficial es escasa (Stang Alva, 2019; Díaz Jatuf 2017; Flor, 2016). En este sentido, cabe mencionar la investigación de Díaz Jatuf (2017), quien mediante un abordaje de índole cuali-cuantitativo, obtuvo interesantes conclusiones a partir de la literatura publicada entre 2015-2016 en la base de datos especializada Library Literature Science Abstracts (LISA). Luego de establecer un estudio comparativo de los documentos recuperados, constató la escasa literatura sobre el tema y la inexistente presencia de producciones científicas en lengua española.

Por otro lado, Stang Alva (2019) realizó un trabajo descriptivo con el fin de mostrar un panorama de la medición de la diversidad sexual y de género en censos y encuestas probabilísticas de alcance nacional de países de América Latina. La autora concluyó que, todos los censos de la región analizados permanecen anclados en el enfoque binario, entendido como aquél según el cual sólo hay dos sexos e identidades posibles: mujer/varón.

A esta cuestión puede sumarse que no predomina la producción científica y académica en materia de intersexualidad en lengua española (Hadid, 2018; Flor, 2015). Por otro lado, hay

una tendencia a otorgar el estatus de legitimidad y progreso a aquellas producciones que provienen de Estados Unidos y Europa (Flor, 2015; Alcántara, 2012).

Al indagar específicamente las narrativas médicas en torno a la intersexualidad, se encontraron distintas investigaciones que dan cuenta de la hegemonía del enfoque binario de la sexualidad en el ámbito de la salud.

Al respecto, Hadid (2018) investigó sobre el discurso médico en torno a la determinación sexual primaria entre 1995 y 2015 en la Argentina. Para ello utilizó una metodología cualitativa, con fuentes primarias y secundarias -entrevistas, manuales de estudio y artículos científicos-, llegando a la conclusión de que la calificación, cualificación y clasificación científica de los sexos se basa en preconcepciones culturales binarias que funcionan como un sesgo epistemológico previo a la determinación de un sexo que, bajo dicho paradigma, es clasificado como “ambiguo”.

Conforme destaca la autora, la determinación sexual primaria es un proceso reconocido dentro de la biomedicina como estrictamente biológico. Este discurso, que perpetúa condiciones opresivas y normalizadoras, afecta a diversos sectores especialmente a las personas que deben decidir sobre sus cuerpos o de la persona recién nacida. Para Hadid (2018) resulta central destacar la falta de problematización de su construcción como objeto epistemológico considerando sus implicancias en la estructuración de la verdad biomédica sobre el cuerpo normal.

En otra investigación realizada por Cantore (2016) sobre la igualdad de los cariotipos ante la ley, la investigadora observó en la jurisprudencia argentina y colombiana en el período 1994-2015 los criterios médico-psicológicos, psiquiátricos y bioéticos utilizados para determinar si una persona con un cariotipo diferente a los tradicionales heteronormados, es siempre

representada como patológica, o si tiene alguna chance de ser un sujeto de derecho al que se le respete su cuerpo y la postura identitaria que elija.

La investigadora encontró que el paradigma del binarismo de género es el que ha predominado en la jurisprudencia argentina por lo menos hasta el 2015. Concluyó que era notoria la ausencia de consideraciones y argumentación relativas a la autonomía personal. Por otro lado, en todos los casos analizados observó que la intersexualidad fue tratada como una patología, en tanto se utilizaban términos tales como “azar natural desdichado”, “error liminar y médico”, “incapacidad para procrear”, “genitalidad atrofiada”, “ambigüedad anatómica”

Por otro lado, se encontraron investigaciones que indagan sobre la perspectiva clínica frente a un nacimiento intersex. Dichos trabajos abordan la narrativa médica y la subjetivación legal frente a la intersexualidad.

Así, por ejemplo, Battaglini (2019) realizó un estudio conceptual de la intersexualidad y de su regulación biomédica y analizó testimonios con la intención de explicitar las consecuencias de las prácticas normalizadoras. Esta autora encontró que el paradigma biomédico no se limita a intervenciones sobre el cuerpo intersexual, sino que sobre dicha persona se ejercen presiones sociales heteronormativas¹ sobre su identidad. De esta manera, una genitalidad construida debe implicar un comportamiento y vivencia de la identidad acorde, por tanto, mujer y femenina, varón y masculino.

Por su parte, Flor (2016) realizó una investigación cualitativa en la ciudad de Barcelona, utilizando como técnicas la recopilación documental, entrevistas en profundidad, observación participante y flotante. En el proceso de recolección de datos surgieron diversas limitaciones

¹ Sobre el concepto de heteronormatividad se trabaja en el apartado 1 “Normatividad de género e inteligibilidad de lo humano” del Marco Teórico.

relacionadas con la intersexualidad como tema tabú y su baja frecuencia o invisibilidad a nivel social.

Entre los hallazgos principales se destaca el común padecimiento de las personas intersex a causa de una baja satisfacción en relación a la vida familiar y social, y respecto de la accesibilidad a los servicios de salud. A su vez, la educación o formación en sexo/género y diversidad sexual, tanto en la escuela como en profesionales de la salud y la sociedad en general, constituye una de las mayores demandas de las personas intersexuales.

En resumen, las investigaciones revisadas abordan cuestiones relativas a la información acerca de la temática, la jurisprudencia local, la construcción de censos y estadísticas, las concepciones médicas en torno a la determinación sexual entre otras. A su vez, aun cuando la concepción de la intersexualidad como patología aparece en los estudios mencionados, la dimensión sobre la autonomía de la persona paciente para decidir sobre su cuerpo, el rol de la familia en aquello que puede llamarse autonomía familiar y el papel que juega la dimensión social en construcción del género y en la regulación de las prácticas sexuales no fueron ejes centrales de las investigaciones que se revisaron.

En verdad, si bien es posible considerar que en los últimos años la intersexualidad ha sido abordada desde distintas miradas, para una buena parte de la sociedad parece ser un tema desconocido, un tanto misterioso y hasta monstruoso, del que poco o nada se dice (Battaglino, 2019). No menos grave es el hecho de que los trabajos de investigación que recogen testimonios de personas intersexuales revelan, desde la voz de sus protagonistas, las secuelas irreversibles que produce, a nivel físico y emocional, la corrección de unos cuerpos que no se ajustan a ciertos parámetros de normalidad culturalmente impuestos (Battaglino, 2019).

Se pone de manifiesto así, pues, la pertinencia de considerar e integrar las distintas aristas de la problemática antes enunciadas en el interrogante que se formula a continuación:

2. Problema de investigación

¿Cuáles son los significados que se presentan en los relatos de profesionales de la salud que se desempeñaron laboralmente en AMBA entre 2015 – 2020 en relación a la intersexualidad?

3. Objetivos

Objetivo general:

- Explorar los significados en torno a la intersexualidad que emergen de los discursos de personas médicas que han trabajado en el AMBA entre 2015-20120.

Objetivos específicos:

- Describir los significados que emergen en personas médicas en torno a la salud e intersexualidad.
- Identificar los criterios que utilizan personas médicas al momento de decidir u opinar sobre la intervención quirúrgica a nivel genital de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual.
- Describir los significados que emergen en personas médicas frente a la clasificación sexual de las personas en relación con la intersexualidad.

4. Relevancia de la investigación

Como se dijera precedentemente, existe una clara oposición entre la concepción de género binaria de la sociedad occidental y la presencia de corporalidades e identidades que no se ajustan a ese paradigma. Conforme destaca la CIDH (2018b), los Estados deben reconocer la pluralidad de vivencias e identidades que se presentan a nivel social, siendo el reconocimiento

jurídico usualmente una consecuencia del reconocimiento conferido previamente por la sociedad.

La Comisión considera, sin embargo, que el reconocimiento y protección de los derechos humanos no se puede supeditar la aceptación social. Por tanto, encomienda a los Estados americanos a adoptar políticas públicas y legislación que permita la inclusión de personas y grupos vulnerabilizados, como lo son las personas intersex (CIDH, 2018b).

En este marco, un hito que merece destacarse en la historia reciente de nuestro país es la promulgación de la Ley de Identidad de Género en el año 2012, que posibilita el reconocimiento de una pluralidad de identidades en una cultura que se presenta como binaria (Hadid, 2018; Torroba y Bertolé, 2017; Duranti, 2011; Cabral, 2009).

De esta manera, se pone de manifiesto la importancia de que profesionales de la salud que puedan encontrarse en su vida laboral con una persona que presenta un estado intersexual cuenten con herramientas propias de la bioética para reflexionar y abordar estos casos, máxime aun cuando además del pensamiento dual que se presenta de manera hegemónica en el mundo occidental (Butler 2020; Cabral, 2009; Lavigne, 2009; Maffia et al., 2003) hay concepciones no binarias de los cuerpos y las identidades según las cuales la intersexualidad no sería algo a corregir (Cabral et al., 2018; Cabral, 2009; Galperin s/f).

Es dable señalar que las investigaciones revisadas señalan como el paradigma de la diferencia sexual predomina tanto en la jurisprudencia local (Cantore, 2016; Severino Bavio, 2015), la construcción de censos y estadísticas de América Latina (Stang Alva, 2019) como en concepciones de profesionales de la salud (Hadid, 2018; Battaglino, 2019). En cuanto a las investigaciones realizadas en Argentina y que hacen referencia a las subjetividades médicas, las mismas abarcan la temporalidad hasta el año 2015, por otro lado, se observan que centran

su atención en analizar si tanto a nivel judicial como a nivel médico se aborda la intersexualidad como una cuestión patológica, o no.

Sin embargo, esos estudios no se focalizan en las tensiones que surgen entre el rol de las personas médicas y la autonomía de la persona paciente para decidir sobre su cuerpo o entre profesionales de la salud y el rol de la familia al momento de decidir realizar o aplazar una intervención quirúrgica -autonomía familiar-.

De esta manera, se torna relevante saber o conocer cómo personas médicas opinan sobre cuestiones tales como la pertinencia de realizar una operación quirúrgica de un cuerpo no binario; si dicha decisión debe ser tomada a partir del saber médico o cómo este saber se ve interpelado por los cambios legislativos y/o sociales.

Para realizar el recorte temporal de este trabajo, que estudia los significados que emergen en profesionales de la salud que se desempeñaron en AMBA entre 2015 y 2020, se tuvo particularmente en cuenta que la ley de identidad de género fue sancionada en el 2012 y que el impacto que esta pudiera tener habría que medirlo a lo largo del tiempo. Por cierto, las investigaciones relevadas, en particular aquellas que abordan jurisprudencia y/o percepciones y prácticas médicas en Argentina, por lo menos hasta el año 2015, no permiten dar cuenta de que el paradigma binario haya sido debilitado e interpelado. En este sentido, los resultados de esas investigaciones arrojan que la intersexualidad se percibe predominantemente como una situación anormal que debe ser corregida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, este trabajo permitirá visibilizar los significados que adopta la intersexualidad en el discurso médico, ya que es una realidad que muchas veces permanece oculta o que es percibida como una desviación de ciertos estándares de normalidad. Lo manifestado adquiere mayor relevancia en la medida que, muchas veces, el saber médico dirige y orienta el abordaje y tratamiento de las personas intersexuales.

Por otro lado, a partir de esta investigación se pretende aportar elementos de reflexión para pensar en torno a una realidad que presenta actuales debates tanto legales, como médicos y sociales aun no resueltos y que afectan de manera particular a personas de un sector de la sociedad que se ve inmerso en una lógica que muchas veces no las comprende como sujetos.

Capítulo 1: Marco Teórico

En este capítulo se presentan tres apartados: normatividad de género e inteligibilidad de lo humano; dilemas bioéticos en torno a nacimientos intersexuales y, por último, distintas miradas acerca de la intersexualidad. En cada uno de estos apartados se recogen distintos enfoques que, desde una perspectiva bioética, permitirán reflexionar y recoger las líneas de discusión fundamentales en torno a la intersexualidad.

Este abordaje parte de la premisa de que la bioética puede ser entendida como una disciplina que se ocupa de dilemas éticos aplicados a la salud y que, a través de una reflexión cuidadosa sobre el ser humano y sus valores, pretende brindar argumentos relevantes en favor, o en contra, de determinadas prácticas que van más allá del mero diagnóstico, para lo cual resulta relevante dar cuenta de las posiciones normativas dominantes que se presentan en la cultura (Luna y Salles, 2008).

Para ello, la bioética incorpora miradas de distintas áreas del conocimiento tales como la filosofía, el derecho y la sociología, entre otras (Casado, 2016; Luna y Salles, 2008), en donde el análisis y reflexión ética acerca del uso de la biotecnología tiene un rol central (Casado, 2016; Solinís, 2015; Mastroleo, 2013). Al respecto resulta ilustrativo lo que plantea Hottois (2007):

Las sociedades modernas son evolutivas; un motor de su dinamismo es la investigación y el desarrollo tecnocientíficos que no cesan de descubrir e inventar productos, procedimientos y sistemas susceptibles de afectar en profundidad las costumbres, las relaciones del individuo consigo mismo, con el otro, con el grupo; en resumen, la identidad personal y el tejido sociopolítico (p. 31).

En el caso de la presente tesis, que trata de la relación entre bioética e intersexualidad, la investigación y el desarrollo tecnocientífico cumplen un rol fundamental para descubrir,

inventar productos, procedimientos y sistemas que abordan los problemas de salud que se presentan en este fenómeno, en especial, el desarrollo de nuevas técnicas de intervención quirúrgica. Al interior de este fenómeno aparecen discusiones sobre el binarismo sexual o la clasificación sexual y sobre el significado del género, por lo que, las costumbres, las relaciones sociales, las identidades personales y, en general, el tejido sociopolítico, sufre cambios que alimentan, precisamente, la pregunta de investigación, y los objetivos que orientan este trabajo.

Dada la estrecha vinculación que la disciplina presenta entre la teoría y la práctica (Salinís, 2015; Luna y Salles, 2008; Hottois, 2007) en el marco de una reflexión bioética cobra importancia tanto el interrogante teórico acerca de qué es el ser humano, así como también la pregunta práctica sobre qué hacer con éste (Solínís, 2015; Hottois, 2007; Cano, 2015).

En este sentido, los tres apartados que integran este capítulo recorren teorías y conceptos que permitirán poner luz sobre cómo las concepciones de la naturaleza de lo humano y las normativas dominantes en la cultura tienen influencia tanto en la epistemología de la intersexualidad como en las consideraciones biomédicas acerca de su tratamiento.

1. Normatividad de género e inteligibilidad de lo humano

En el presente apartado se realiza una primera aproximación a la distinción entre sexo y género, con el propósito de adentrarse en el concepto de normatividad de género a partir del cual se producen las condiciones de inteligibilidad de lo humano. Luego, y en base a estos conceptos, se describe la matriz heteronormativa, esquematizando las abyecciones que genera.

Partiendo de la línea argumental según la cual el género regula cuerpos, identidades y deseos, se trabajan tres modelos que, a su vez, responden a dos grandes paradigmas. Desde la cosmovisión del esencialismo sexual, se describen el modelo de sexo único y el modelo de dos sexos, mientras que, desde el paradigma del constructivismo sexual, se aborda el modelo de continuo. Se intentará mostrar la influencia de la cultura tanto para el género como para el sexo.

A propósito de lo anterior, a mediados del siglo XX comenzó a utilizarse la palabra género para distinguirla del sexo biológico de las personas (Haraway, 1995). Ello permitió hablar de identidad de género, entendida esta como 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. Por otro lado, permitió al feminismo de los años '70 hablar de roles de género, entendidos como los roles asignados culturalmente a las personas en función de su sexo (INADI, 2016). De esta manera quedó configurado el sexo como una realidad biológica y el género como una construcción cultural. Sin embargo, el límite entre lo biológico y lo cultural, como se verá, no necesariamente resulta claro.

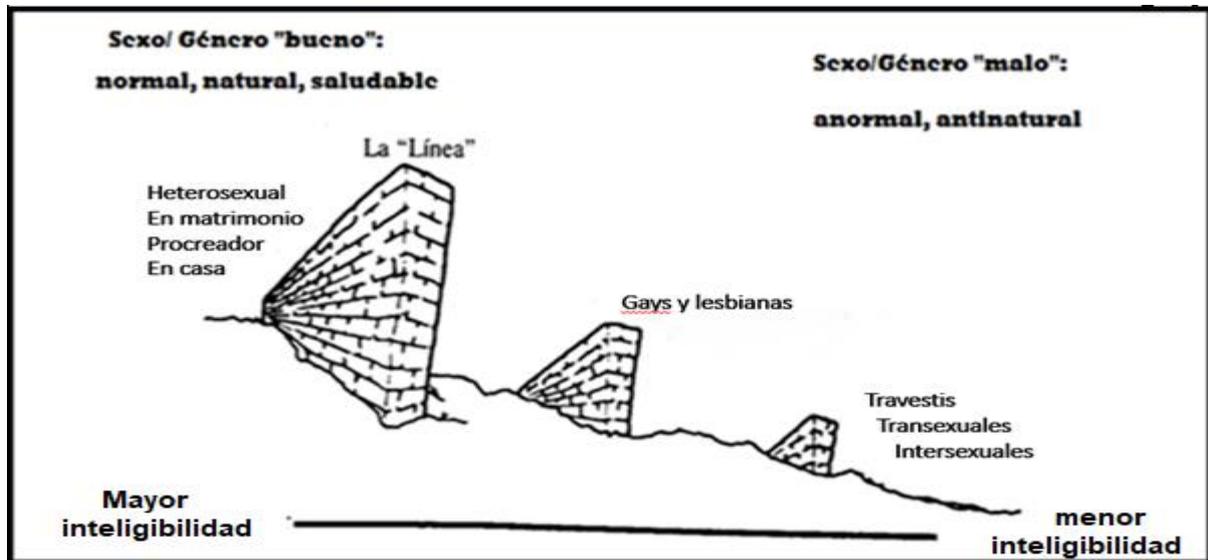
Conforme expresa Butler (2006a), el género es parte de un proceso dinámico de significación que marca los márgenes de inteligibilidad de las personas que comprende, en otras palabras, su reconocimiento. La autora, a su vez, destaca que en las sociedades occidentales la normatividad de género que establece los grados de reconocimiento de los cuerpos e identidades se presenta bajo la llamada matriz heterosexual o heteronormativa (Butler, 2020, 2006a, 2002).

Una de las principales características de la concepción de género heteronormativa es que necesita de la dualidad de categorías estables y coherentes de: a) sexo, mujer o varón; b) género, mediante el cual a la mujer le corresponden comportamientos femeninos y al varón le corresponden comportamientos masculinos; c) y deseo heterosexual, es decir, a cada sexo le corresponde el deseo del sexo opuesto. De esta manera se instituye la producción de oposiciones asimétricas y claras entre lo femenino y lo masculino, que se entienden como atributos expresivos de la mujer y del varón (Maffia et al., 2003).

Bajo esta concepción de género, entonces, pueden establecerse distintas jerarquías entre las personas. En este sentido, aquellos cuerpos e identidades y deseos que se presenten como un

todo coherente con la matriz heteronormativa gozarán una mayor inteligibilidad² (Butler, 2006a). La siguiente figura sintetiza y representa esa idea:

Figura 1. Matriz de inteligibilidad heteronormativa



Fuente: Figura adaptada a partir de Rubin (1989).

Como puede observarse, del lado izquierdo se representan aquellas identidades y vivencias que más se adaptan a la matriz heteronormativa, esto es, aquellas personas cuyo deseo sexual está orientado hacia el sexo opuesto -heterosexuales- y que cumplen con los roles de género tales como casarse, tener una relación monógama y en lugares privados, como la casa. Menos inteligibles son aquellas personas cuya orientación sexual no está dirigida, de manera estable, hacia el sexo opuesto, como pueden ser las parejas homosexuales. Finalmente, y aún menos inteligibles que las anteriores, se encuentran aquellas personas cuyo sexo e identidad no coinciden o no son claros³ (Butler, 2006a; Rubin, 1989).

De esta manera, desde la matriz heteronormativa aquellos cuerpos, vivencias e identidades que se circunscriben del lado izquierdo del gráfico, son las más normadas y, por tanto, cuentan con

² Es decir, tendrán mayor grado de reconocimiento en la cultura, mayor aceptación, mayor visibilidad y un lenguaje común y compartido para que aquellos cuerpos, deseo e identidades puedan ser comunicables, vivibles.

³ Según el paradigma que la propia matriz heteronormativa presenta.

mayor nivel de generalización en un universo simbólico compartido; mientras que a medida que avanzamos hacia la derecha podemos observar a aquellas personas cuya identidad o sexualidad se encuentra menos normada y, por tanto, con mayores niveles de abyección cultural (Butler, 2006a).

Tal como se ha expresado, la normativa de género regula cuerpos, identidades y deseos, este argumento será profundizado a continuación a través de distintas concepciones de sexo que se han presentado en la historia. Concretamente se trabajarán tres modelos: el de sexo único, el de dos sexos, y el de continuo (Fausto-Sterling, 2006). Como se intentará mostrar, lo considerado natural del sexo se encuentra atravesado por la cultura.

1.1 El sexo natural: modelo de un sexo y modelo de dos sexos

En el presente título se toma como punto de partida la noción de esencialismo sexual, a partir de la cual se describirán dos posibles modelos clasificatorios del sexo de las personas: por un lado, el modelo de sexo único y, por el otro, el de la diferencia sexual.

A través de los aportes de Rubin (1989) es posible entender al esencialismo sexual como una concepción arraigada en las sociedades occidentales, según la cual el sexo es previo y la base material sobre el cual se cimienta la vida e instituciones sociales. De esta manera el sexo es visto como algo eternamente inmutable, asocial y transhistórico, cuya verdad puede ser descubierta, pero no modificada por quien la describe. Desde esta concepción, en el mundo occidental es posible identificar dos modelos para describir la naturaleza sexual de las personas, por un lado, el unisexo que puede ubicarse desde la antigua Grecia hasta el siglo XVII y, por el otro, el modelo de los dos sexos que comienza en el siglo XVIII (Laqueur, 1994).

Conforme destaca Laqueur (1994), el modelo de sexo único puede rastrearse desde la Antigüedad y establece que solo existe el sexo de varón. Según esta concepción, el desarrollo

completo de una persona implica el desarrollo de un pene, por lo que la mujer presenta una morfología que no ha completado su evolución.

Desde una nueva epistemología que pone en el centro del pensamiento occidental al saber científico, en el siglo XVIII Laqueur (1994) identifica el surgimiento del modelo de los dos sexos, según el cual la mujer ya no es pensada como incompleta o inacabada, sino dentro de un sexo autónomo. Por tanto, mientras que en el modelo unisexo la distinción entre varones y mujeres era por grados, en el modelo de la diferencia sexual van a ser comprendidos dentro de dos clases sexuales distintas: mujer/varón.

Según Laqueur (1994), detrás de las categorías mujer/varón que se presentan como estables desde el saber científico, se encuentra una cultura productora de sentido:

Casi todas las afirmaciones relativas al sexo están cargadas desde el principio con la repercusión cultural de las mismas propuestas. Pese al nuevo estatus epistemológico de la naturaleza como sustrato de las distinciones [...], la diferencia sexual no fue más estable en los siglos que siguieron a la revolución científica de lo que antes había sido. Dos sexos inconmensurables eran, y son, productos culturales, en la misma medida que lo era, y es, el modelo unisexo (p. 265).

A partir de este modelo de la diferencia sexual, en los títulos siguientes se trabaja cómo a fines del siglo XX comenzó a utilizarse la palabra género para hacer referencia, por un lado, a las identidades que no coincidían con su sexo y, por el otro, para hacer referencia a los valores, cargas y expectativas sociales que pesaban sobre una persona en función del sexo.

1.2 Sexo natural binario y género

En el presente título se trabaja la idea según la cual el sexo es biológico y binario, mientras que el género es cultural. Al finalizar este título, se describe un modelo alternativo, a través de la

propuesta del sexo como un continuo según la cual hay más posibilidades sexuales además del binomio mujer/varón.

Entonces, asumiendo el modelo de la diferencia sexual y a partir de estudios realizados a personas cuya identidad no se correspondía con su sexo, en el año 1995 el médico y psicólogo John Money comenzó a utilizar el término género a fin distinguir la identidad femenina y masculina del sexo biológico (Haraway, 1995). Entonces, tanto el sexo como el género eran entendidos en términos binarios: había dos sexos biológicos y dos identidades de género, las cuales podían coincidir o no (Alcántara, 2013).

A partir de esta distinción entre sexo y género, surgieron interrogantes sobre los factores determinantes de la identidad. Así, por ejemplo, desde un determinismo social John Money postuló que la identidad no es más que un constructo. Por tanto, que una persona se autoperciba como mujer o varón dependía, exclusivamente, de su crianza.

Tal como afirma Butler (2006a), en el otro extremo de esta teoría pueden citarse los trabajos de Milton Diamond, quien invirtió la lógica de Money, y puso en la biología el fundamento de la identidad, reduciendo al sexo las condiciones de posibilidad del género. Desde esta perspectiva, a través de la observación de los cromosomas podía identificarse el sexo verdadero: la existencia de un cromosoma Y implicaba estar en presencia de un niño, mientras que su ausencia, estar ante una niña, aunque no siempre la genitalidad acompañe esta realidad, como lo sería en el caso de los nacimientos intersex, cuestión que, según esta perspectiva, debía ser corregida al igual que una anomalía. Como puede observarse, en ambos postulados puede rastrearse una concepción de género binaria que fomenta la coherencia entre cuerpos e identidades.⁴

⁴ Estas cuestiones se retomarán en el apartado 3 “Distintas miradas acerca de la intersexualidad”.

El concepto de género que, como se dijera, tuvo su origen en el mundo científico, fue utilizado por el movimiento intelectual y político feminista denominado de la segunda ola que bajo esta idea del dimorfismo biológico denunció que el género puede traducirse como construcciones culturales mediante las cuales se inscribe e impone valores y pautas de conducta en base a la materialidad de los cuerpos (Butler, 2006a) y que implica relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres (Maffia et. al., 2003). Esta división entre el sexo y el género permitió la visibilización un nuevo sujeto político: la mujer, a la vez que permitió pensar en una pluralidad de identidades⁵, sin embargo, asume una base material que genera abyecciones culturales, esto es, la naturaleza binaria del sexo (Butler, 2006a).

En el apartado siguiente se verá una alternativa al binarismo sexual a través de la teoría del continuo de Fausto-Sterling (2006, 1998) así como también se cuestiona la concepción esencialista del sexo. A partir de estas consideraciones se concluye que el sexo, al igual que el género, es un producto cultural.

1.3 El género y el sexo cultural

En el presente título se muestra una postura que rompe con la idea de la diferencia sexual que se encuentra presente en las sociedades occidentales y que fue descrita en los títulos precedentes. Conforme se intenta mostrar, según esta postura, también es posible pensar al sexo como una construcción cultural, y no como un mero dato biológico.

En cuanto a la epistemología del sexo, entonces, una alternativa a la concepción esencialista puede ser la constructivista. Desde esta perspectiva el sexo se constituye en la cultura y a través de la historia, de esta manera no se presenta como una mera variante biológica medible y parametrizable a través del discurso científico. Como destaca Rubin (1989) esto no quiere decir

⁵ Además de la binaria.

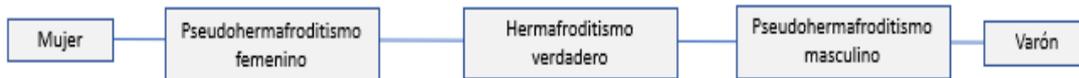
que la biología no sea un prerrequisito de la sexualidad humana, sino que no puede ser comprendida sólo en términos biológicos.

Según Butler (2006a), entender que el sexo es algo biológico mientras que el género una construcción cultural, no sólo genera una barrera epistemológica a las capilaridades que se generan entre ambos conceptos, sino que también condiciona el universo simbólico de la autopercepción subjetiva.

Fausto-Sterling (2006, 1998) entiende que el sistema universal de la diferencia sexual no comprende todas las realidades sexuales humanas, en 1993 publicó un artículo científico que tuvo gran repercusión a nivel internacional y que fue receptado en por activistas intersex (Fausto-Sterling, 2000) mediante el cual propuso incorporar por lo menos tres categorías más a las de mujer/varón: 1. hems: para las personas con testículos y ovarios (hermafroditas verdaderos), 2. merms: para las personas con testículos y que, a su vez, desarrollan aspectos de la genitalidad femenina (pseudohermafroditas masculinos), 3. fems: para las personas que tienen ovarios y que, a su vez, desarrollan aspectos de la genitalidad masculina (pseudohermafroditas femeninos).

Conforme destaca la autora, el binarismo sexual emerge de una cuestión cultural arraigada en la organización social europea y americana. Lo que propone es ver a las categorías sexuales no ya en una relación de clases separadas y bien diferenciadas, sino como un continuo de distintas sexualidades posibles en dónde sólo en los extremos pueden ubicarse las categorías mujer-varón. Para Fausto-Sterling (2006): “Las implicaciones de [su] idea de un continuo sexual son profundas. Si la naturaleza realmente nos ofrece más de dos sexos, entonces nuestras nociones vigentes de masculinidad y feminidad son presunciones culturales” (p.48). La propuesta del continuo se representa a continuación en base a las categorías sexuales presentadas por la autora.

Figura 2. El sexo como un continuo⁶



Fuente: Figura de elaboración propia a partir de Fausto-Sterling (1998)

Siguiendo la propuesta de Fausto-Sterling (1998), aquellas posturas según las cuales hay sólo dos sexos, aunque surjan dentro de ámbitos académicos y científicos, responden, en realidad, a una dinámica cultural esencialmente binaria. Según Butler (2006a), entender al sexo saturado de cultura es asumir que lo que usualmente es considerado un punto de partida que se piensa como natural es, en realidad, el resultado de ciertas prácticas con continuidad temporal que en su reiteración se alejan cada vez más de su proceso productivo. Este proceso es denominado por Butler (2006a, 2002) como el “efecto performativo”, es decir, que el género produce los cuerpos que regula dentro de una organización material y simbólica que, a su vez, establece los alcances de su inteligibilidad. De esta manera, sólo los cuerpos más generalizados serán los adecuados a la matriz normativa predominante.

Entonces, mientras que el esencialismo sexual propone una realidad estática y ahistórica (Rubin, 1989), desde el constructivismo sexual, Butler (2006a) plantea que la normatividad de género se produce en la historia a través de prácticas con continuidad temporal que en su repetición reifican su sentido. Desde esta perspectiva, Butler (2006a) entiende que el sexo, en realidad, siempre fue género en la medida que ambos son un producto cultural.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, existen dos marcos conceptuales desde los cuales se puede pensar al sexo: el esencialismo sexual y el constructivismo sexual. Desde una perspectiva esencialista se ha planteado el modelo de la diferencia sexual y se ha mostrado, a través de la

⁶ Vale aclarar que más allá de la aceptación que tuvo esta concepción dentro del activismo intersex, la utilización del término hermafrodita también ha sido cuestionada (Cabral y Benzur, 2005), sobre el punto se volverá en el apartado 3.3. “Intervención quirúrgica de personas intersex: una práctica en tensión”.

matriz de inteligibilidad heterosexual, las abyecciones que genera. Por otro lado, se ha explicitado a través del constructivismo sexual que el sexo, al igual que el género, se encuentra atravesado por la cultura. Estos conceptos proponen visiones diferentes acerca de los cuerpos, las vivencias y las identidades de las personas. Tal como se trabaja en los apartados siguientes, tanto una como otra concepción pueden servir de base referencial para fundamentar éticamente distintos abordajes médicos acerca de la intersexualidad.

2. Dilemas bioéticos en torno a nacimientos intersexuales

El propósito de este apartado es abordar la tensión que se presenta, por un lado, entre la emergencia social que suele atribuirse a un nacimiento intersexual y, por otro lado, el respeto a la autonomía de la persona paciente. Para trabajar ello, primeramente, se desarrolla la concepción de Modelo Médico Hegemónico (MMH), destacando algunas de sus características y funciones. Seguidamente se trabajan distintas perspectivas de salud y normalidad que pueden servir de base referencial para comprender los distintos abordajes institucionales que ha tenido la intersexualidad y finalmente se introduce el tema de las operaciones quirúrgicas de cuerpos intersexuales por cuestiones cosméticas.

2.1 El Modelo Médico Hegemónico

En este primer título se desarrolla el MMH desde el cual el saber médico se concibe como paradigma exclusivo de producción de verdad en los procesos de salud/enfermedad. Luego, se describe cómo este modelo ha impactado en el abordaje de la intersexualidad. Tomando a Menéndez (1988), puede definirse al MMH de la siguiente manera:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única

forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (p. 1).

Según el autor, este modelo tiene una serie de características o rasgos estructurales, entre los que se encuentran el biologismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, la eficacia pragmática, la asimetría, la participación subordinada y pasiva de la persona paciente. A su vez, este modelo tiene distintas funciones: la curativo – preventiva, la función normalizadora y de control y la función de legitimación (Menéndez, 1988). Los rasgos que se han mencionado operan como un marco referencial a partir del cual se estructura la práctica clínica que limita los criterios de acción frente a determinados problemas de salud/enfermedad.

Esta hegemonía, además de ser la expresión dominante del saber y práctica médica, también se pone de manifiesto en la preponderancia del modelo médico por sobre otros marcos referenciales. Según advierte Maglio (2014), la decisión o criterio médico puede inscribirse dentro de un modelo hegemónico según el cual en favor del saber médico se subordinan otros saberes, tales como el familiar, el jurídico y el político (Maglio, 2011) y que posicionan la voz médica como argumento de autoridad suficiente para decidir qué tratamiento realizar.

Es interesante describir algunas características de este modelo, que se tornan relevantes para la realización del trabajo de campo de la presente tesis. La toma de decisión que se expresa través del MMH centra su atención en la dimensión biológica en base a la cual, las personas profesionales de la salud aprenden a concebir la enfermedad, paradigma desde el cual los procesos sociales, culturales o psicológicos no son considerados, es decir, los procesos salud-enfermedad son ponderados en función de este rasgo (Menéndez, 2020, 1988), omitiendo las vivencias del paciente y el contexto social en el cual se inscriben estos procesos (Peluchón 2013; Canguilhem, 2004, 1971).

Por otro lado, la asociabilidad del MMH implica que tanto la formación como la investigación médica, no tiene en cuenta el sistema social y los procesos culturales que conforman el entramado en el que se inscriben sus prácticas y conocimientos (Menéndez, 1988), en similar sentido este modelo se presenta un abordaje de la enfermedad como hecho ahistórico sin dar cuenta de los procesos culturales que la atraviesan a través del tiempo.

Otras de las características que resalta el autor es la eficacia pragmática entendida como la tendencia a observar analizar y tratar síntomas que serían expresiones de aquello que se considera enfermedad sin tener en cuenta otros factores vinculados con esta problemática tales como la subjetividad de la persona paciente.

Por último, es interesante describir las características de asimetría y participación subordinada de la persona paciente. Según estas características, quien es profesional de la salud se posiciona como la persona que posee el saber y el expertis para entender, abordar y decidir el curso de acción apropiado frente a la persona tratada, quien se presenta como alguien que se subordina a dicho criterio (Menéndez, 1988).

A su vez, Menéndez (1988) atribuye al MMH distintas funciones, entre las cuales para esta tesis, resulta relevante la función de normalización. Esta función se evidencia en la normalización y/o el control de comportamientos a través del establecimiento de un diagnóstico o la aplicación de medidas preventivas. En otras palabras, a través del saber médico se establecen estándares de normalidad y, a su vez, se determinan métodos y procedimientos para evitar el desvío de dichos estándares.

Conforme destaca Lavigne (2009) en materia de intersexualidad este modelo ha implicado la reproducción de prácticas y discursos biomédicos tendientes a normalizar aquellos cuerpos que no se ajustaban a los estándares establecidos a nivel científico “que posibilita determinadas existencias clasificadas y catalogadas como normales, excluyendo toda existencia ambigua o

no clasificable en este modelo de sexo binario, que exige desde el nacimiento mismo una identidad genérica masculina o femenina, definida e inmutable” (p. 53).

Autores como Cabral (2009) y Galperin (s/f) destacan que muchas veces en el caso de nacimiento de personas intersexuales, es la decisión y criterio médico lo que prima. Como se verá a continuación, esta función normalizadora y biologista que adopta el MMH en el abordaje de la intersexualidad adquiere particular relevancia a través de los avances tecnológicos y la posibilidad de modificar la morfología de los cuerpos.

2.2 Tecnología aplicada al cuerpo: de nuevas posibilidades a dilemas éticos

Hottos (1991) llama tecnociencia a la conjunción de dos saberes tradicionales en la cultura occidental: la ciencia y la técnica. Mientras que la ciencia en la modernidad se ha identificado con el intento de descubrir las verdades de la naturaleza y dominarla a través de la experimentación; los avances tecnológicos han posibilitado la creación y manipulación del mismo objeto que se explora, haciendo difusos, de esta manera, los límites entre conocimiento e invención, entre lo natural y lo artificial (Haraway, 1995).

Estos avances tecnocientíficos aplicados a personas, también denominados biotecnológicos (Salles, 2012), además de tener potenciales beneficios, han dado lugar a una serie de interrogantes éticos, a la vez que han generado un debate orientado a entender y resolver dichos interrogantes, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, en la medida que han implicado la concepción del cuerpo como una estructura que puede ser alterada y modificada de forma tal que el cuerpo es visto, desde una concepción mecanicista de la salud (Díaz, 2002), como un artefacto manipulable y según el paradigma y valores que la cultura exprese (Preciado, 2011; Díaz, 2002).

Autores como Habermas (2002) han planteado que a través de la biotecnología aplicada a personas se podría intervenir la naturaleza humana de forma tal que modifique la

autocomprensión de aquello que consideremos especie humana. De esta manera, el interrogante antropológico acerca de qué es el ser humano, integrado por las posibilidades de la tecnociencia o biotecnología (Hottois, 1991) puede ser reformulado sin una base material estable a través de la pregunta “¿Cómo podría ser el ser humano?” (Abadía Cano, 2015, p. 45). Esta última pregunta plantea, a su vez, una inquietud tanto ética como práctica acerca de qué vamos o qué podríamos hacer con éste (Abadía Cano, 2015; Solinís, 2015; Hottois, 1991).

En el caso de las personas que nacen con un estado intersexual, puede observarse que el avance de la tecnología ha permitido la construcción de un sexo de mujer o de varón. Llevar adelante esta práctica parecería implicar cierto posicionamiento frente a la pregunta antropológica antes realizada (¿qué es el ser humano?), a modo de ejemplo, para decidir si la operación debería ser feminizante o masculinizante primero hay que establecer un criterio para definirse en uno o en otro sentido, como se verá en el punto 3.2, detrás de estas prácticas puede encontrarse el imaginario según el cual todas las personas tienen un sexo verdadero y binario. La pregunta que subyace a estos criterios es: ¿Qué es, o cuál debería ser, un cuerpo normal? En el título siguiente se aborda este interrogante desde distintas concepciones de salud que permitirán reflexionar acerca del límite entre lo considerado normal y lo patológico.

2.3 Salud y normalidad: ¿saber científico o vulgar?

La pregunta antropológica acerca de qué es el ser humano, así como el cuestionamiento ético y práctico sobre qué vamos a hacer éste, pueden ser demarcados a través de las concepciones de salud y normalidad que se presenten en la cultura. En virtud de ello, el objetivo de este título es sintetizar algunas concepciones sobre la salud, asumiendo que, tal como explica Caponi (1997), una definición es mucho más que un enunciado, ya que conlleva el direccionamiento de ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos.

Una postura clásica que se ha dado sobre el concepto a la salud proviene de Descartes y puede ser catalogada como una concepción orgánica y mecanicista, de modo tal que, salud pasa a ser sinónimo de buen funcionamiento de los órganos (Canguilhem, 2004) y que, a su vez, puede extenderse a los estados mentales a través de la estandarización del buen funcionamiento del órgano que los regula: el cerebro (Caponi, 2010). Como puede observarse, esta concepción es una de las manifestaciones del biologismo del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020, 1988).

Desde otra perspectiva, tanto la salud como la enfermedad no pueden ser comprendidas desde un punto de vista objetivo y desde el mero análisis del funcionamiento de los órganos, tal y como postula la OMS (1948) que, desde una perspectiva de bienestar personal y social, entiende que la salud no sólo abarca la ausencia de enfermedad y el buen funcionamiento físico y mental, sino que alude al “completo bienestar físico, mental y social” (p. 1).

A la hora de ponderar el bienestar personal y social desde los cuales se puede evaluar la presencia de salud o enfermedad, autoras como Pelluchon (2013) resaltan cómo estas dimensiones, lejos de ser una mera variable objetiva, pueden cambiar según el contexto y que ello “explica que un fenómeno sea considerado como patológico por un grupo en un cierto momento de su historia y que en los esfuerzos colectivos y la investigación se dé prioridad a una enfermedad” (p. 33).

Incluso el mismo Descartes postuló, que hay un reducto indisponible en torno a salud que hace imposible su escrutinio y que responde a las propias vivencias del sujeto (Hottois, 1991), lo que Canguilhem (2004) denominó un concepto vulgar, y que permite preguntarnos si puede haber ciencia de la salud; en otras palabras, podemos preguntarnos hasta qué punto ésta puede ser medible o si, por el contrario es un concepto al alcance de todos (Canguilhem, 2004) e íntimamente relacionado con los valores de una determinada cultura (Pelluchon, 2013).

Para Canguilhem (2004, 1971) la epistemología de la salud y enfermedad que maneja la medicina, y su olvido de las vivencias personales y sociales, ha implicado la producción de estándares de normalidad, así como también ha definido a lo patológico como desviación cuantitativa de dichos esquemas. Así, confronta este pensamiento teórico y afirma que no es el promedio el que establece lo normal, sino que por el contrario afirma que estos promedios deben considerarse como la expresión de normas de vida colectivas que son cambiantes según el contexto histórico y social (Caponi, 1997).

Desde esta perspectiva, Canguilhem (1971) afirma que lo patológico debe ser considerado anormal de modo relativo, es decir, dentro de un contexto en donde el “individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone” (p.138).

En base a lo dicho, es posible identificar por lo menos dos posicionamientos acerca del concepto de salud, así como su correlato con aquello que luego sea considerado normal o patológico. Por un lado, y desde una concepción organicista, la salud podría ser asimilada a un estándar objetivo, a su vez, dicho estándar puede vincularse a una noción objetiva de normalidad según la cual puede establecerse una división entre lo normal y lo patológico. Por otro lado, y desde los aportes de Canguilhem (2004) y Pelluchon (2013), tanto la salud como la normalidad dejan de ser una mera variable objetiva, en la medida que incorpora las vivencias de la propia persona en interacción con una sociedad o cultura determinada.

Como se muestra a continuación, estos criterios pueden ser relevantes para justificar una práctica médica de una persona recién nacida que presente un estado intersexual.

2.4 ¿Quién decide sobre el cuerpo de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual?

En el presente título se describe cómo en torno a un nacimiento intersex, tanto esperar a que el paciente pueda decidir sobre su cuerpo, como realizar una adecuación genital, suponen cierta idea de irreversibilidad. Teniendo en cuenta ello, se plantea que, aun cuando sea la familia la que decida el curso de acción a seguir, esta se ve condicionada por el criterio médico de salud y normalidad a partir del cual se le comunique el estado intersexual de la persona recién nacida.

Según refieren Emanuel y Emanuel (1999), desde la década del 70 del pasado siglo se ha vivido una fuerte polémica en torno al conflicto entre la toma de decisión médica y la autonomía de la persona paciente. Luna y Salles (2008) remontan a los tiempos de Hipócrates el surgimiento de esta tradición según la cual profesionales de la medicina se comprometen a velar por sus pacientes y colaborar en su mejoría.

Así, a través de la historia, la opinión médica fue la columna vertebral de una relación profesional-paciente asimétrica, concebida fundamentalmente como paternalista. En este esquema, las personas profesionales de la salud, independientemente de los deseos de su paciente, pueden tomar decisiones basándose en lo que estiman será beneficioso para esta persona (Luna y Salles, 2008).

Desde una mirada analítica de la diada profesional de la salud - paciente, en el otro extremo del paternalismo, podemos ubicar a la autonomía de la persona paciente (Álvarez, 2015; Luna y Salles, 2008; Emanuel y Emanuel, 1999). Una de las formas de comprender el concepto de autonomía receptada por Beauchamp y Childress en su conocida teoría de los cuatro principios consiste en entender a la persona paciente como una persona libre de decidir sin coerción (Hottois, 2007).

Es importante destacar que esta noción clásica del concepto de autonomía se ve influenciada por el pensamiento de autores como Kant y Mill, y por tanto ésta supone la capacidad de autogobierno de un sujeto racional. La autonomía de la persona paciente puede ser también definida como la capacidad que tiene esta de elegir y controlar las decisiones médicas (Emanuel y Emanuel, 1999). A su vez, las múltiples descripciones y definiciones acerca de la noción de autonomía parecerían identificar como elemento esencial de la misma, la capacidad de cada persona de detectar sus preferencias y tomar decisiones con base a estas, por tanto, este concepto se encuentra íntimamente relacionado con el ideal de emancipación y autogobierno (Álvarez, 2015).

Como puede apreciarse, desde este paradigma de la autonomía, la posibilidad de que la persona paciente tenga un rol protagonista en el abordaje de su situación de salud, requiere que tenga la competencia racional necesaria que le permita decidir, cuestión que no siempre puede darse, ya sea por razones de urgencia según las cuales la toma de decisión no puede esperar a la voluntad de la persona paciente o porque este no tenga las competencias necesarias para manifestarla (Emanuel y Emanuel, 1999).

Ahora bien, autores como Childress (2008), entienden que el principio de respeto de autonomía no es irrestricto y que podría ceder, en los casos en que no es posible contar con la decisión de la persona destinataria de la acción y, cuando no adoptar algún criterio pueda implicar una pérdida de beneficio que podría ser significativo para dicha persona. Por su parte, autoras/es como Pellegrino y Thomasa (2019) y Luna y Salles (1998) postulan que la beneficencia es el principio que mejor abraza y defiende los intereses de la persona paciente y advierten como junto con el principio de no maleficencia son valores que no deberían estar necesariamente subordinados al principio de respeto de autonomía de la persona paciente.

En el caso del nacimiento de una persona intersex, un paradigma médico que ha tenido cierta aceptación en el mundo occidental, ha tendido a tratar esa situación como una emergencia médica que debe ser abordada mediante una intervención quirúrgica feminizante o masculinizante, independientemente de que exista riesgo de vida (Galperin, s/f; Cabral et al., 2009). Teniendo en cuenta esta concepción acerca del abordaje de la intersexualidad cobra importancia quienes son las personas que están en mejores condiciones de decidir si esta intervención debe realizarse, o no, antes de que la persona paciente pueda expresar su consentimiento. Por lo tanto, aparece un nuevo sujeto en la toma de decisión, que es la familia.

En el caso de quienes nacen con un estado intersexual, se discute sobre la necesidad de realizar una operación feminizante o masculinizante por cuestiones cosméticas⁷, con lo cual tanto el criterio médico como el rol de la familia, juegan un papel crucial, sin embargo y como se intenta mostrar, desde una perspectiva feminista y de derechos humanos es posible postular que el respeto de la autonomía de la persona paciente puede implicar un límite a las operaciones cosméticas de cuerpos considerados anómalos en cuanto al género.

Ahora bien, tanto el concepto de autonomía personal, así como también la discusión en torno al abordaje médico más beneficioso para la persona paciente, pueden ser cuestionados desde los aportes de autoras como Gilligan (2013), que proponen poner en valor, además de las particularidades del caso, los vínculos y relaciones afectivas de la persona paciente. Esta perspectiva propone reformular la noción de sujeto cartesiano que supone límites estancos entre la sustancia pensante que somos y el contexto que nos rodea (Descartes, 1997) o, en términos similares, con el ideal racional Kantiano, según el cual la autonomía está vinculada a la posibilidad de autogobierno (Kant, 2004); de forma tal que la pregunta acerca de qué sería más

⁷ Por cosméticas se entienden aquellas operaciones realizadas con fundamento en cuestiones estéticas.

beneficioso para la persona paciente adquiere una dimensión más amplia e incluye, en este caso, a la familia.

Desde posturas como la aludida y que cuestionan a la visión clásica de autonomía antes detallada, John Hardwin propone hablar de autonomía familiar, para el autor, la vida de aquellas personas que son íntimas, no son separables, ya que “ser íntimos ya no significa llevar una vida completamente propia” (Hardwin, 1998, p. 147).

Partiendo de estos enfoques que otorgan un rol preponderante a la familia, resulta central que esta cuente con toda la información necesaria, tal y como se mencionó previamente al hablar del consentimiento informado. Ahora bien, cuando se trata de decidir sobre la realización de una operación cosmética de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual, parece cobrar particular importancia no sólo la información brindada, sino la concepción médica acerca de la intersexualidad.

Sobre el tema de la información que brindan profesionales de la salud, es dable señalar que diversas investigaciones dan cuenta de la influencia del criterio médico en la decisión familiar (Flor, 2016; Lavigne, 2009). Al respecto es dable citar los resultados de un estudio realizado en 2013 según el cual, ante una información enfocada en el tratamiento médico, el 65,9% de las personas progenitoras optaron por la cirugía, mientras que un 34,1% la rechazó. Por el contrario, la información que centra su atención en la des medicalización permitió que se incorporaran otras alternativas al tratamiento médico, lo cual provocó que los porcentajes se invirtieran: el 77,1% rechazó la cirugía y el 22,9% la acogió (Streuli et al., 2013). Como puede observarse, aun desde el respeto de la autonomía familiar (Hardwin, 1998), la concepción médica parece adquirir un rol central.

Desde los aportes del feminismo (Salles, 2014), es posible adoptar un punto de vista más amplio al de los sujetos intervinientes en la toma de decisión, como lo es, en este caso, la

familia de la persona paciente y el equipo médico. De esta manera es dable tener en cuenta las relaciones estructurales y de poder que se pueden presentar en una sociedad y que muchas veces implica asumir de un paradigma dominante (Luna et al., 2008) a partir del cual se analizan y se resuelven los dilemas éticos que se pueden presentar en el ámbito de la salud.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, para abordar un caso de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual, ya no solo debería remitirse a la pregunta sobre cuál es el tratamiento más beneficioso para esta, sino también desde que marco cognitivo biomédico se piensa la situación (Sabio, 2014) o, en otras palabras, desde que concepción de salud y normalidad es pensada esta. Esta dimensión a su vez nos posibilita retomar las concepciones de género trabajadas a partir de las cuales este cuerpo puede ser visto como sexuado o como una patología. Para resolver esta tensión y también a partir de los aportes del feminismo, cobra vital importancia la narrativa (Salles, 2014; Luna y Salles, 2008; Hottois, 2007) de las personas que reúnen estas características (Cabral et al., 2018).

Esta última tensión, a saber, si un cuerpo no binario es visto como patológico o como sexuado, puede ser abordada desde un punto de vista jurídico; teniendo en cuenta la relevancia que tiene una mirada de derechos humanos dentro de la bioética, sobre todo con los dilemas que plantean los adelantos biotecnológicos (Casado, 2016; Mastroleo, 2013), el interrogante sobre si las personas intersexuales pueden ser consideradas sujetos de derechos en tanto tales (Collantes et al., 2012; Galperin, s/f), adquiere particular relevancia.

2.5 Subjetividad jurídica de las personas intersexuales

En este título se trabajan distintas fuentes a partir de las cuales es posible pensar la subjetividad jurídica de las personas intersexuales. Como se verá, esta noción puede tener particular relevancia e impacto en las prácticas médicas. Al respecto Butler (2006a) destaca que la

posibilidad de que un grupo de personas sean sujetos de derecho, responde a tensiones sociohistóricas que nos remiten a la inteligibilidad de lo humano:

Los derechos humanos internacionales están siempre en el proceso de someter a lo humano a redefinición y renegociación. Se moviliza lo humano al servicio de los derechos, pero también se reescribe y se rearticula lo humano cuando éste topa contra los límites culturales de un concepto de lo humano, tal como es y debe ser (p.56).

Para un sector de la sociedad, la intersexualidad se ha convertido en una categoría política para reclamar el reconocimiento de derechos, tales como los derechos sexuales y reproductivos que incluyan la no adecuación genital de un cuerpo que presente un estado intersexual por cuestiones cosméticas (Cabral et al., 2018; Cabral y Benzur, 2005), a partir de los relatos de las propias personas que cuya genitalidad fue construida en base a un ideal de género, estos reclamos tuvieron reconocimiento dentro de la ONU (Méndez, 2013), como así también en sistemas regionales de derechos humanos como lo es la OEA (CIDH, 2013).

En este sentido, el Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura (2011) realizó un informe mediante el cual condenó el sometimiento a tratamientos médicos innecesarios en la infancia y la niñez, así como exhortó a que se respete la autonomía de las personas intersexuales, por su parte, según un informe de Méndez (2013) en su carácter de Relator de Naciones Unidas las personas que nacen con atributos sexuales atípicos suelen ser sometidos a reasignaciones de sexo irreversibles, "en un intento de fijar su sexo que les provocan infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico" (Méndez, 2013, p.20).

Por su parte, la CIDH (2015) ha considerado que las intervenciones médicas realizadas sobre personas intersexuales recién nacidas constituyen una violación a sus derechos humanos:

La Comisión Interamericana está muy preocupada por la información que ha recibido respecto de violaciones de derechos humanos de las personas intersex debido a que sus

cuerpos difieren de los estándares corporales “femeninos” y “masculinos”, tal y como son definidos médica y culturalmente. Esto incluye cirugías de asignación de sexo y operaciones de los genitales, las cuales son practicadas sin el consentimiento informado de personas intersex. La mayoría de estos procedimientos son de naturaleza irreversible y se encuentran dirigidos a “normalizar” la apariencia de los genitales (CIDH, 2015).

Tomando en cuenta consideraciones como la manifestada, Méndez (2013), llama a los Estados miembros de las Naciones Unidas a derogar cualquier ley que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria en tanto se realicen sin el consentimiento informado del paciente.

En base a los pronunciamientos citados en el marco de Naciones Unidas y de la OEA, las operaciones cosméticas de un cuerpo anómalo en cuanto al género implicarían una vulneración de derechos humanos. Por otro lado, y bajo este criterio, la postergación de la decisión de intervenir quirúrgicamente hasta tanto la persona paciente pueda decidirlo, parecería alinearse al principio de autonomía que le asiste (Sabio, 2014; Velásquez Acevedo et al., 2009). Sin embargo, y conforme se observa a continuación, tanto a nivel legal, como a nivel biomédico, se presenta criterios divergentes en torno al abordaje de la intersexualidad.

3. Distintas miradas acerca de la intersexualidad

En este tercer apartado se describen distintas posibilidades que pueden presentarse en torno a un cuerpo intersexual, en primer lugar, desde categorías medicas que han tenido cierta predominancia en el mundo occidental y que muchas veces son comprendidas desde lo patológico, luego, se describe una mirada crítica a este posicionamiento. Seguidamente, se detallan algunos tratamientos socio-institucionales que se han dado a lo largo del tiempo a la

intersexualidad, para culminar desarrollando tensiones que se presentan entre el abordaje médico, social y jurídico.

3.1 Semánticas sobre la intersexualidad

En el presente título se presentan distintas aproximaciones semánticas a la intersexualidad que, a su vez, pueden dividirse en dos posicionamientos, por un lado, aquel que la presenta como una patología y, por el otro lado, el posicionamiento que la presenta como una variación sexual. Como se intenta mostrar, esta distinción trae consecuencias concretas en las prácticas biomédicas, principalmente en las operaciones cosméticas de un cuerpo intersexual. En este sentido, al finalizar el apartado se detallan posturas que, desde una perspectiva patologizante, consideran que esta es una práctica de adecuación sexual, por otro lado, se detallan posicionamientos que, desde la semántica de la variación, a esta operación genital, la conciben como una mutilación.

Para comenzar el desarrollo del presente título, resulta relevante destacar que, en el momento del nacimiento de una persona, la atribución del sexo se basa principalmente en la observación de profesionales que asisten el parto, focalizando en la morfología externa de la persona y, únicamente cuando esta resulte ambigua, se utilizan otras variables para su determinación: cromosomas, cromatina, entre otros. Este proceso de atribución de un sexo en base a lo que profesionales que asisten el parto pueden ver de la genitalidad externa, es lo que se denomina sexo de asignación (Duranti, 2011).

A nivel biológico, el sexo puede ser clasificado de distintas maneras: sexo genético, hormonal, gonadal, fenotípico, entre otros. Se supone, que estas características son coincidentes y coherentes, pero esto no siempre es así (Duranti, 2011). A su vez, además de la dimensión biológica, puede ser identificado, por ejemplo, con una dimensión erótica, social, o de regulación (social), sin embargo, generalmente es reducido a lo genital (Duranti, 2011).

La mirada preponderantemente genital de la sexualidad puede rastrearse en los orígenes del término que comenzó a utilizarse en el mundo de la medicina, a partir de los escritos de investigación del Biomédico Richard Goldschmidt en el año 1917 para denominar a una variedad de cuerpos que presentaban ambigüedades sexuales (Battaglino, 2019), como puede observarse, la ambigüedad nos remite a algo incierto o dudoso (Real Academia Española, 2020).

Así, la ciencia médica ha denominado anomalías del desarrollo sexual (ADS) a las discordancias entre los criterios cromosómico, gonadal y genital que definen la diferenciación sexual. Según los criterios del Consenso de Chicago de 2006, se han denominado trastornos o anomalías del desarrollo sexual, aunque se mantuvo el término de estados intersexuales. A pesar de estas denominaciones, el rechazo hacia las mismas ha provocado un replanteamiento progresivo dichas expresiones, de modo que actualmente se aboga por el de desarrollo sexual diferente (DSD) (Parera et al., 2019).

Las categorías médicas de cuerpos que se clasifican bajo el término intersexualidad, pueden incluir personas que presentan una genitalidad que puede no ser claramente identificable dentro del binomio mujer/varón, una alteración en el número y los patrones de cromosomas (por ejemplo, XXY o XO) o bien diferentes reacciones de los tejidos a las hormonas sexuales (por ejemplo: tener un ovario y un testículo, o gónadas que contienen tanto tejidos ováricos como testiculares), así como también diferentes equilibrios hormonales (INADI, 2016). En este punto, resulta importante expresar que la determinación del sexo genético tiene lugar en el momento de la fecundación, mientras que la diferenciación de los sexos gonadal y genital se produce durante periodos críticos de la vida fetal (Parera et al., 2019).

La medicina ha considerado que existen cuatro condiciones de ambigüedad sexual en el nacimiento: pseudohermafroditismo femenino o masculino, hermafroditismo verdadero y la disgenesia gonadal (Parera et al., 2019; Bernal, 2011; Cabral y Benzur, 2005).

Figura 3 Clasificación médica de los estados intersexuales

Seudohermafroditismo femenino	Presenta sexo genético y gonadal femenino y ambigüedad genital externa.
Seudohermafroditismo masculino	Presenta sexo genético y gonadal masculino y ambigüedad genital externa.
Hermafroditismo verdadero	Presenta gónadas que contienen tejido ovárico y testicular y ambigüedad tanto de genitales internos como de los genitales externos.
Disgenesia gonadal	Presenta gónadas en las que no se observan células germinales ni elementos de la vía germinal, independientemente de los caracteres sexuales y de la estructura de los cromosomas.

Fuente: elaboración propia en base a Bernal (2011).

Sin embargo, estas denominaciones han sido criticadas por su remisión a una persona con ambos sexos, es decir, con un pene y una vagina: “un individuo [...] inexistente fuera de la mitología y el arte” (Cabral y Benzur 2005). En este sentido, el hermafroditismo hace referencia al mito griego de Hermafrodito, hijo de Hermes, quién luego de fundir su cuerpo con una ninfa pasó a tener una corporalidad que presentaba dos sexos (Clavel, 2018).

Conforme destaca Cabral y Benzur. (2005), el concepto central para comprender de qué hablamos cuando hablamos de intersexualidad es el de variación, entendido como todo aquello que difiere de la lógica binaria mujer/varón. Como se dijera precedentemente, dicha variación puede presentarse tanto a nivel cromosómico, gonadal o genital, y, por lo tanto, el término “intersexualidad” comprende una variedad de corporalidades.

De lo hasta aquí expuesto, puede observarse como la intersexualidad puede ser considerada una anomalía o una variación, lo cual puede presentar particular relevancia a la hora de establecer criterios frente a la posibilidad de realizar una operación quirúrgica feminizante o masculinizante. Teniendo en cuenta este desarrollo, en el siguiente apartado se trabajan

distintos abordajes institucionales que se han dado en el mundo occidental frente a la intersexualidad.

3.2 Abordajes institucionales de la intersexualidad

En el presente título, se describen concepciones que han tenido generalidad en el pensamiento occidental, en relación al tratamiento y abordaje de los nacimientos de aquellas personas cuyo cuerpo impedía una asignación de sexo dentro un criterio binario. Se trabaja el concepto de sexo verdadero de Foucault (2007) que, a su criterio, predominó en el mundo occidental y que condicionó el abordaje médico jurídico de la intersexualidad. Luego se describen cuatro abordajes en torno a la intersexualidad en occidente: previo a la medicalización (Foucault, 1997), tratamiento gonadal, tratamiento quirúrgico y un abordaje médico a través del consenso (Oliveira Reis de Paula et. al., 2015).

Según destaca Foucault (1992), en cada sociedad el discurso se encuentra controlado a través de mecanismo que permiten ordenar, dominar y esquivar los acontecimientos aleatorios y su materialidad. En relación con la intersexualidad, pueden rastrearse dos mecanismos: Por un lado, el del rechazo, ocultamiento y ejecución de aquellas personas que eran consideradas monstruosas (Foucault, 2007; Oliveira Reis de Paula et al., 2015) y, por otro lado, el mecanismo de corrección de los cuerpos considerados anormales (Foucault, 2007).

Teniendo en cuenta el primer abordaje es posible afirmar que, en el occidente, desde la Edad Media hasta el Siglo XVI, las personas intersexuales eran consideradas monstruos que debían ser ocultados e, incluso, podían ser ejecutadas por esta condición (Foucault, 2007, Oliveira Reis de Paula et al., 2015). A partir del siglo XVII, a nivel jurídico comienza a cambiar la forma de tratamiento de las personas intersexuales, es importante destacar que, hasta este momento, todavía la intersexualidad no era abordada desde el ámbito de la medicina.

Conforme describió Foucault (2007), se utilizaba el término hermafroditismo para nombrar a aquellos cuerpos con una sexualidad distinta a la entendida como común y, junto con esta concepción, a la idea de que podían convivir dos sexos en un mismo cuerpo. Predominaban prácticas según las cuales el padrino de la persona recién nacida le asignaba un sexo masculino o femenino y esta persona, siendo ya adulta, podía cambiar, o no, al otro sexo, a nivel jurídico, este cambio podía realizarse una vez y para siempre (Foucault, 2007).

Según Foucault (1997), a partir del S. XVIII comienza el período de medicalización caracterizado por la intervención médica sobre los cuerpos, la evolución de la ciencia y de la técnica, desde esta concepción implicó que, a partir del siglo XX, las personas intersexuales comiencen a ser tratadas como una anomalía que debía ser corregida. De esta manera es posible encontrar con cierta hegemonía un abordaje común que ha tenido la sociedad occidental frente a aquellos cuerpos que no podían ser clasificados dentro de una lógica binaria, consistente en erradicar lo que se consideraba ambiguo, indefinido, y recontextualizando así dicho cuerpo e identidad o bien como mujer o bien como varón. Como destaca Foucault (2007), para la sociedad occidental, el sexo verdadero de las personas sólo puede ser expresados a través del dimorfismo corporal:

¿Verdaderamente tenemos la necesidad de un sexo verdadero? Con una constancia que roza la cabezonería, las sociedades del Occidente moderno han respondido afirmativamente [...] Desde el punto de vista médico, esto significa que, ante un hermafrodita, [...] se tratará [...] de descifrar cuál es el sexo verdadero que se esconde bajo apariencias confusas [...], se mantiene, aunque sea difusamente, la creencia de que entre el sexo y la verdad existen relaciones [...] esenciales (p. 11).

Bajo esta concepción según la cual sólo dentro del dimorfismo se encuentran los cuerpos sexuados, la intersexualidad comienza a ser tratada desde la medicina como una anomalía o

patología que debía ser tratada y resuelta. Así, podemos describir tres tipos de abordaje que dentro del ámbito médico se pueden identificar como: periodo de las gónadas, periodo quirúrgico y periodo del consenso (Oliveira Reis de Paula et al., 2015).

En el denominado periodo de las gónadas, que se extiende desde fines de siglo XIX hasta la década de 1920, se crearon las primeras clasificaciones médicas, algunas de las cuales se siguen utilizando en la actualidad, tal como hermafroditismo. En este periodo primaba la definición gonadal del sexo, es decir, se focaliza en la presencia de gónadas femeninas o masculinas, independientemente de la función de los tejidos o de la genitalidad externa (Oliveira Reis de Paula et al., 2015).

Esta forma de abordaje comienza a modificarse a raíz de los avances tecnológicos, que permiten hacer distintos análisis sobre el cuerpo, así, fue posible identificar la coexistencia de tejido testicular y ovárico en algunas personas, lo cual junto con el surgimiento de la endocrinología en 1915 constituirían el ocaso de la era de las gónadas para dar paso a la etapa de la cirugía (Oliveira Reis de Paula et al., 2015).

En síntesis, la era quirúrgica (Oliveira Reis de Paula et al., 2015) surge como consecuencia del desarrollo científico de la década de 1950. En esa época, son realizadas las primeras cirugías de adecuación de los genitales. En esta fase, que duró hasta el inicio de 1990, la definición del sexo era hecha a nivel clínico, y le correspondía a la cirugía “corregir” el genital. Las técnicas y protocolos para transformar los cuerpos intersexuales a nivel físico fueron desarrollados por primera vez en la universidad Johns Hopkins, en Baltimore (Chase, 2013).

La práctica de adecuación genital recibió una influencia determinante de los trabajos de John Money, en la década de 1960. Money postuló que las personas, al nacer, no tenían una identidad de género definida; sino que esta se desarrollaría según su crianza, para lo cual consideraba necesario generar una genitalidad definida. Desde esta argumentación, este médico fue uno de

los principales impulsores de la intervención quirúrgica como modo más apropiado de resolución de aquello que era considerado una sexualidad ambigua (Alcántara, 2013; Preciado, 2007; Galperin, s/f).

El fin de ese período, en la década de 1990, es marcado por la manifestación de pacientes intersexuales que comenzarán a prestar declaraciones y a introducir la dimensión de la subjetividad, con la publicación de sus biografías (Chase, 2013). Así, se inicia la era del consenso, marcada por la revisión de las conductas en la clínica de la intersexualidad. Ese momento fue considerado el período de consenso, porque propone una conducta individualizada, con base en las características de cada caso además de una amplia discusión sobre las futuras conductas a ser establecidas por esos pacientes (Oliveira Reis de Paula et al, 2015). Sin embargo, las llamadas operaciones de adecuación genital a personas recién nacidas, sigue siendo una práctica presente en la cultura médica (Cabral et al., 2018; Cabral, 2009).

Hasta aquí, recogimos distintos abordajes en materia de intersexualidad a lo largo del tiempo, para focalizar en tres grandes momentos caracterizados todos por la primacía de la perspectiva médica sobre los cuerpos con un estado intersexual. En el siguiente apartado, se describe la principal normativa argentina en materia de identidad de género, así como la tensión que aún permanece entre el abordaje médico y social de la cuestión.

3.3 Intervención quirúrgica de personas intersex: una práctica en tensión

En el presente apartado se describen algunas estadísticas sobre la frecuencia de la intersexualidad, como se muestra, la falta de criterio acerca de la cantidad de nacimientos intersexuales se debe, entre otras razones, a una cultura binaria que se encuentra presente en las sociedades occidentales. Seguidamente se hace referencia a la ley de identidad de género de Argentina y se muestra como, por un lado, posibilita identidades no binarias y, por el otro, nada dice acerca de las operaciones cosméticas que aún se realizan a personas recién nacidas

que presenten un estado intersexual. Para concluir se detalla un informe de impacto internacional realizado por un comité de bioética local y, a su vez, se describen algunas críticas que se efectuaron sobre el mismo. Lo que se intenta plasmar, a partir de este desarrollo, es que el abordaje de la intersexualidad, a nivel local, no se encuentra resuelto.

En relación a la frecuencia o regularidad de la intersexualidad, es dable señalar que varía según el estudio estadístico de que se trate. En algunos casos, la cantidad de personas intersexuales van de 1 cada 2000 a 1 cada 4000 (INADI, 2016). Otros estudios refieren que se trata del 4% de la población mundial, aunque otros afirman que dicho porcentaje va del 0,5% a 1.7%. Sin perjuicio de dichas discrepancias, el porcentaje de 1.7 es el que se impone como núcleo duro y el que resulta más fiable (CIDH, 2018a; Aoi, 2017; ONU, 2015; Galperin, s/f).

Según lo afirma Aoi (2017), la necesidad de indagar y conocer “qué tan común es la intersexualidad” no es producto del ocio, sino que “nace de una necesidad más profunda, de saber que, aunque somos invisibles todavía, no somos fenómenos de feria ni criaturas mitológicas” (p. 3). Sin embargo, la clasificación binaria del sexo y género es la predominante en la sociedad occidental (Galperin s/f; Maffia et al., 2003) y, a su vez, la asignación sexual se presenta como una cuestión privativa del saber médico (Alcántara, 2013; Lavigne, 2009; Maffia et al., 2003).

De este modo, sobre la base del sexo médicamente asignado a una persona al nacer, se lleva adelante la inscripción correspondiente en los registros públicos de forma obligatoria, en los que no existen otras categorías, salvo países que entrañan casos muy excepcionales, que los de mujer/varón, práctica que, por tanto, hace “de la clasificación binaria de los cuerpos un estado imperativo” (Galperin, s/f, p. 16).

Más allá de lo manifestado, a nivel legal es posible rastrear iniciativas que rompen con esta lógica binaria, en este sentido en países tales como Alemania (BBC, 2013), o Australia

(Huffington, 2014) se adoptó el criterio de incluir a la intersexualidad como un tercer sexo, sin embargo, esto ha sido criticado desde el activismo intersex, toda vez que la intersexualidad comprende distintas variaciones, y no una sólo, así como también expone a las personas intersexuales a ser señaladas y discriminadas.

Como alternativa, proponen registrar a la niñez intersexual como hombres o mujeres, con la conciencia de que, como todo el mundo, puede crecer y llegar a identificarse con un sexo o género diferente (Inter, 2015). Desde otro punto de vista, autoras como Lamm (2018) han cuestionado que el sexo sea una categoría legal, tal y como expresa, además de resultar estigmatizante para algunas personas o grupos, obstaculiza el acceso a derechos.

Uno de los principales antecedentes legislativos sobre identidad de género y que fue pionero en el mundo occidental, es un documento del año 2007 que se redactó en Indonesia denominado los “Principios de Yogyakarta” y cuya definición de identidad de género es retomada en Argentina a través de la Ley N.º 26.743 en el año 2012 como “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” (art. 2).

En esta definición, si bien se prioriza la identidad autopercebida por sobre el llamado sexo biológico, por otro lado, no prohíbe realización de una operación con el fin de recontextualizar una genitalidad intersex dentro de una lógica binaria; con lo cual, esta práctica no se encuentra expresamente legislada a nivel local (Torroba et al., 2017) y su realización, o no, se circunscribe al ámbito médico (Alcántara, 2013).

En Argentina se practican con cierta regularidad operaciones quirúrgicas de genitalidades no binarias (Santoro, 2021; Sousa Dias, 2020; Cabral et al., 2018). Sin embargo, son pocos los hospitales que se especializan en operaciones quirúrgicas de niños intersexuales y la mayoría de estos están ubicados en la Ciudad de Buenos Aires (Cabral et al., 2018).

En el año 2018 realizó un relevamiento publicado por la CIDH, acerca de la situación local de las personas que nacen con un estado intersexual. Como resultado observó que distintos hospitales públicos y privados, así como también Ministerios de Salud tanto de jurisdicción nacional como provincial proponen la realización de operaciones de reasignación sexual en caso de genitalidad atípica (Galperin (s/f).

Teniendo en cuenta la resistencia que desde el activismo intersex se produce en torno a las operaciones quirúrgicas feminizantes o masculinizantes de una genitalidad no binaria, en el año 2015 la revista Archivo Argentino de Pediatría, publicó un artículo en el cual se plasmaron algunas reflexiones en la materia por parte del Comité de Bioética del Hospital Gutiérrez, uno de los pocos que se especializa en la temática (Del Valle et al., 2015), las cuales tuvieron impacto internacional (Sabio y Quintana, 2019). En dicho documento se invita a respetar los derechos a la identidad de los colectivos LGBTI, como su derecho a elegir (Del Valle et al., 2015).

Sin embargo, a pesar de que se menciona la ley de identidad de género, así como también se reconoce a los colectivos intersex, según afirman Sabio y Quintana (2019), el lenguaje utilizado por los miembros del Comité de Bioética no parece adecuado a la cuestión intersexual, ni tampoco alineado a las implicancias de la ley de identidad de género y las guías para el diagnóstico y tratamiento.

Es así que, a lo largo de todo el documento, se hace referencia a trastornos del desarrollo sexual, se menciona la ansiedad de las personas progenitoras ante la imposibilidad de definir el sexo de la persona recién nacida, entre otras cosas, lo cual evidencia la falta de problematización y profundización en el conocimiento y abordaje de la temática (Sabio et al., 2019), lo cual parece evidenciar la divergencia de criterios que se presentan en relación con la intersexualidad y que se ha referenciado al principio de este título.

A lo largo de este capítulo, se recorrieron tres ejes que guiarán el análisis de los datos que se producirán en el trabajo de campo. En el primer apartado se abordó el concepto de matriz heteronormativa y las abyecciones que genera. En el segundo apartado, y a partir de distintos paradigmas de salud, se problematizaron las concepciones de normalidad y patología, que luego fueron vinculadas a distintas consideraciones biomédicas acerca de la intersexualidad.

Por otro lado, y en este mismo apartado, se explicitaron distintas perspectivas bioéticas vinculadas a los sujetos intervinientes en la toma de decisión respecto de una operación cosmética de una persona recién nacida que presente un estado intersexual. Finalmente, en el último apartado, se detallaron distintos abordajes de la intersexualidad que tuvieron cierta significancia en la sociedad occidental. En este apartado, se explicitó, tanto un modelo médico hegemónico como productor de verdad, así como también miradas alternativas al mismo. A partir de estas consideraciones, en el capítulo 3 se analizan los datos producidos en el trabajo de campo.

Capítulo 2: Marco metodológico

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación se adoptó un enfoque cualitativo. En este tipo de abordajes, el interés está puesto en “la manera en que la complejidad de las interacciones sociales se expresa en la vida cotidiana y por el significado que los actores atribuyen a esas interacciones” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 7). Dado que este tipo de estudios prioriza el punto de vista de sus participantes, los datos se encuentran a través de los conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de individuos o sujetos participantes.

Cabe destacar que desde este enfoque la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los sujetos intervinientes en la investigación respecto de sus propias realidades, esto implica

tanto la percepción de la realidad del entrevistador, como de las personas participantes y a su vez la convergencia de ambas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2010).

Según el alcance de la investigación, el estudio es de tipo exploratorio. Los estudios de esta naturaleza buscan examinar un problema o un tema que ha sido poco estudiado. En este sentido, sirven para “obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, sugerir afirmaciones y postulados” (Hernández Sampieri et al, 2010, p. 101).

Desde una perspectiva temporal, el estudio fue de corte transversal y sincrónico, ya que los datos se obtuvieron en un único momento, como si se intentara retratar o plasmar en una fotografía el fenómeno bajo observación, y así conocer de qué manera se presentaba y manifestaba el mismo (Hernández Sampieri et al., 2010).

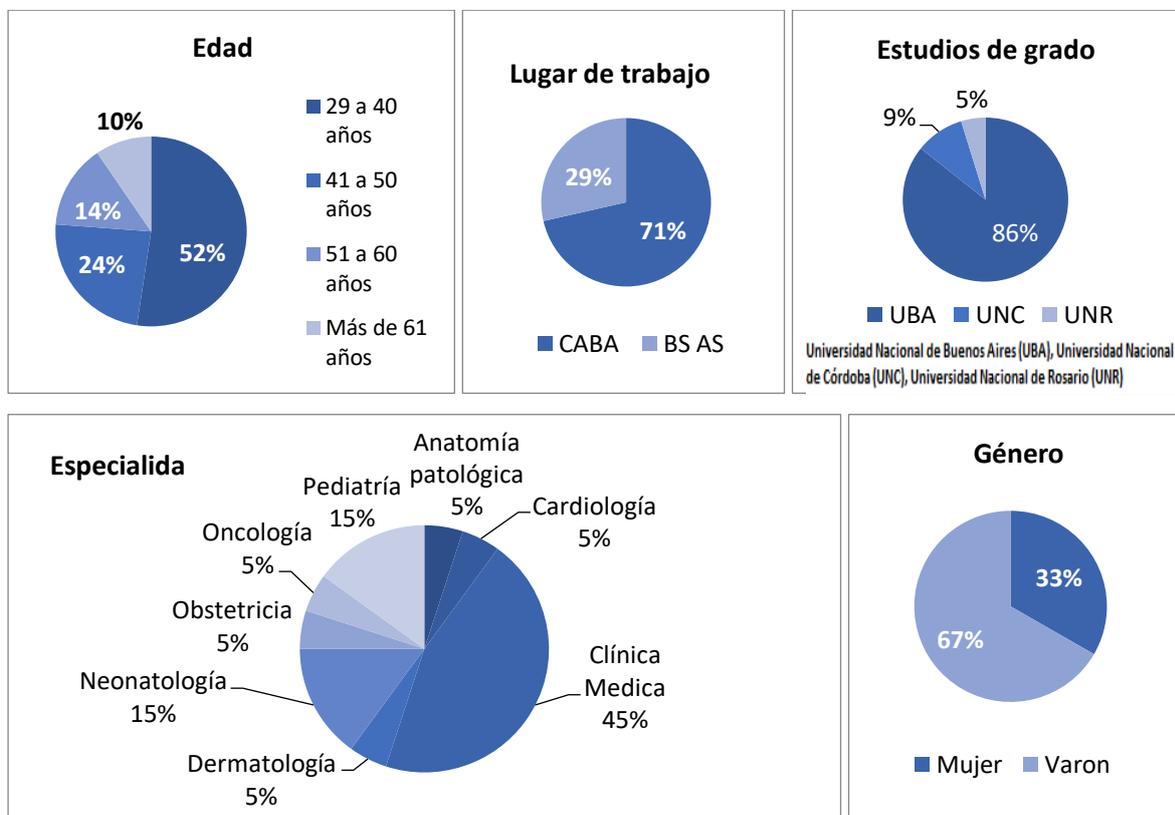
En este sentido, se buscó estudiar los significados que emergen en profesionales de la salud que se desempeñaron en AMBA entre 2015 y 2020. Este recorte temporal se efectuó a partir de un relevamiento de investigaciones previas sobre la temática, el cual permitió determinar que, a nivel local, los estudios sobre jurisprudencia y/o percepciones o prácticas médicas en torno a la intersexualidad recogían datos hasta el año 2015. Esas investigaciones arrojaron que tanto el abordaje médico como legal de la variación intersexual se ha desarrollado en Argentina desde una perspectiva binaria, como una situación anormal que debe ser corregida, aun habiendo entrado en vigencia en 2012 la ley de identidad de género, que habilita una pluralidad de identidades.

La muestra de esta investigación estuvo conformada por 21 profesionales médicas/os, elegidos mediante un muestreo no probabilístico en cadena, que se desempeñaron en el ámbito del AMBA en el periodo 2015-2020.

Los muestreos en cadena (“bola de nieve”) son aquellos en los que se identifican participantes clave y se agregan a la muestra para luego preguntarles si conocen a otras personas que también puedan proporcionar información relevante (Hernández Sampieri et al., 2010). Es importante destacar que no se buscó que exista una equidad de género ni homogeneidad etaria de las personas entrevistadas, así como tampoco representatividad de zonas geográficas.

A continuación, se grafican las características sociodemográficas de la muestra (n=21)

Figura 4 Características sociodemográficas de la muestra no probabilística (n=21)



Fuente: elaboración propia

Se contactó intencionalmente a cuatro profesionales que tenían las especialidades de neonatología y pediatría y se encontraban trabajando en CABA en el período de referencia, en tanto, según las indagaciones preliminares realizadas, en dicha jurisdicción se concentran la mayoría de los centros de salud que realizan intervenciones quirúrgicas de personas que presentan un estado intersexual. A partir de estos contactos y utilizando el muestreo de cadena, se continuó con la búsqueda de profesionales que podrían estar interesados en participar de esta investigación. Dicho procedimiento amplió el espectro de especialidades médicas de los participantes.

Una de las principales dificultades del trabajo de campo fue que las/os profesionales contactadas/os accedieran a tener una entrevista, ya sea porque manifestaban que era una temática compleja sobre la cual poco podían aportar, o bien porque manifestaban falta de conocimiento y/o experiencia sobre el tema. En muchos casos, refirieron que podrían contestar una encuesta por escrito de manera asincrónica pero no así participar de una entrevista, o bien solicitaban como condición previa, el envío de las preguntas para poder investigar sobre el tema y responder más adecuadamente, lo cual, dado que la metodología de entrevistas fue pensada para ser realizada de manera sincrónica, tuvo como consecuencia que esas personas no pudieran participar de la muestra

La técnica de recolección de datos que se utilizó es la entrevista semi-estructurada, toda vez que esta busca indagar en las subjetividades o experiencias de las personas. La entrevista es una herramienta que busca intercambiar información entre la persona entrevistadora y la o las personas entrevistadas a través de un diálogo. Así, se recaban respuestas sobre un tema o problema de interés, desde el lenguaje y la perspectiva de la persona entrevistada, toda vez que a través de las preguntas y respuestas se logra la construcción conjunta de significados sobre un tema (Hernández Sampieri et al., 2010).

Para ello se diseñó un cuestionario semi – estructurado con seis preguntas, abiertas y cerradas (Hernández Sampieri et al., 2010). Las preguntas se construyeron tomando como orientación instrumentos utilizados en otras investigaciones (Hadid, 2018; Flor, 2016, 2015).

Por otro lado, generalmente en las investigaciones cualitativas las primeras entrevistas que se realizan son abiertas y de tipo piloto, a fin de validar el instrumento de recolección (Vasilachis de Gialdino, 2006). De hecho, en los meses de agosto y septiembre 2020 se realizaron ocho entrevistas piloto a diversas personas –no incluidas dentro de la muestra de este trabajo de investigación- con el propósito de contrastar en el campo la utilidad del instrumento diseñado. Esta etapa permitió realizar ajustes en las preguntas, para evitar malinterpretaciones y confusiones por parte de las personas entrevistadas. Por ejemplo, se decidió introducir una definición de intersexualidad que permitiese a las/os participantes enfocar el sentido de las respuestas en función de los objetivos de investigación.

A continuación, se acompaña el modelo de entrevista utilizado, así como el compromiso de confidencialidad y el modelo de consentimiento informado.

Figura 5. Entrevista

<p>Datos socio-demográficos</p> <p>Nombre:</p> <p>Edad:</p> <p>Profesión. Especialidad:</p> <p>Lugar de trabajo 2015 – 2020:</p> <p>Institución donde realizó los estudios de grado/posgrado:</p> <p>Género:</p> <p>Preguntas:</p> <p>1. ¿Considera que la intersexualidad* es un problema de salud? ¿Por qué?</p>
--

*Entendida como aquella que presentan las personas que no puede ser claramente clasificadas como mujer o como varón.

2. En caso de una persona recién nacida no pueda ser claramente identificada como mujer o como varón en base a su genitalidad externa: ¿Considera que sería adecuada una intervención quirúrgica o tendría en cuenta otras opciones?

3. En caso de que manifieste tener en cuenta otras opciones a la intervención quirúrgica, ¿Qué otras opciones a la intervención quirúrgica tendrían en cuenta?

4. En caso que responda a favor de la intervención quirúrgica, ¿Quién considera debería tomar la decisión de realizar la operación?

5. Actualmente se presentan discusiones en torno a si, a nivel legal, es correcto que existan dos sexos (mujer/varón). Las posturas que se oponen a la clasificación binaria (mujer/varón) pueden resumirse en las siguientes:

- hay quienes sostienen que debería haber más posibilidades registrales (un tercer sexo, por ejemplo). Esto se ha dado a nivel legal en países como Alemania o Australia.
- hay quienes sostienen que no debería haber ninguna categoría legal para la inscripción.

a. ¿Considera que estas discusiones influyen y/o deberían influenciar los criterios médicos de clasificación sexual?

b. ¿Considera que estas discusiones son influenciadas o deberían estar influenciadas por criterios médicos (clasificación sexual)?

6. Algunas personas intersexuales no se identifican ni con el género femenino, ni con el masculino, sino que se perciben con un género intersexual. ¿Considera que esto podría

afectar la clasificación sexual binaria que se hace a nivel médico? Entendida esta como la que postula que hay sólo dos sexos posibles: o bien mujer, o bien varón.

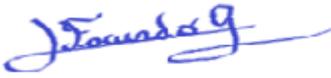
Fuente: elaboración propia

Ilustración 6. Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Facundo Ignacio González Guayaco, maestrando del programa de bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), me comprometo a utilizar los datos obtenidos en la entrevista realizada con _____ exclusivamente para la tesis de maestría que estoy llevando en la mentada institución. Se respetará la confidencialidad de los datos en su publicación a través de la utilización de siglas o seudónimos junto con la eliminación de todos aquellos elementos que puedan identificar a personas e instituciones concretas para respetar el anonimato de las mismas.

Firmado:



Fuente: elaboración propia

Figura 7 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ DNI _____ declaro que he sido invitada/o a participar de una entrevista en el marco de la investigación "Subjetividades de profesionales de la salud de AMBA en torno a la intersexualidad: un abordaje desde la bioética". La misma será realizada por el Sr. Facundo Ignacio González Guayaco, maestrando del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), para lo cual dejo constancia que en la fecha que se consigna al final del presente documento he sido informada/o vía telefónica sobre los siguientes puntos:

- Que mi participación es voluntaria y anónima.
- Que la investigación busca analizar los significados/maginario/subjetividades que emergen en los relatos de profesionales de la salud en relación con una situación de intersexualidad.
- Que la entrevista presenta las siguientes características:
 - a) Es semi-estructurada, por tanto, hay preguntas fijas y otras variables.
 - b) Además de preguntas se presentarán casos hipotéticos.
 - c) Podrá durar entre 20 y 45 minutos.
 - d) No está dirigida a especialistas en la temática.
- Que la realización de la entrevista puede implicar riesgos tales como la incomodidad, la indagación de temas sensibles.
- Que la entrevista será registrada en una grabación y su contenido será confidencial.
- Que se respetará la privacidad de la persona entrevistada.
- Que los nombres de las personas participantes serán asociados a iniciales aleatorias, esto significa que la autora o el autor de las respuestas no podrá ser identificada/o por otras personas.

Declaro comprender el alcance de los puntos antes detallados, así como también que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier etapa de la investigación sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre de participante

Firma

Fecha

Nombre de maestrando

Firma

Fecha

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar al Sr. Facundo Ignacio González Guayaco, Celular: 11-5865-8623, Correo electrónico: fgonzalezguayaco@gmail.com

Fuente: elaboración propia

Al momento de realizar el trabajo de campo se identificaron como potenciales riesgos para las personas entrevistadas la incomodidad que podía generar la temática o ante el planteamiento de cuestiones sensibles o que producen susceptibilidad, motivo por el cual se tomaron algunos

recaudos para evitar o disminuir el impacto negativo que pudiera traer aparejada la participación en el presente estudio.

En primer lugar, se contactaba a la persona a través de un mensaje de WhatsApp o vía correo electrónico (según cual fuese el medio de contacto facilitado), se realizaba una invitación a participar adelantando información sobre las características de la entrevista, a través de un modelo relativamente estandarizado.⁸

Figura 8. Modelo de invitación a participar de la entrevista

Buenos días. Mi nombre es Facundo González. Obtuve su contacto a través de xxxx. Le escribo porque estoy realizando una tesis para una maestría del programa de Bioética de FLACSO. La temática gira en torno a los significados/imaginarios/subjetividades que emergen en profesionales de la salud sobre la intersexualidad. Para ello estoy llevando a cabo entrevistas. Contestar las preguntas implicaría entre 20 y 45 min aprox. Por supuesto, antes de decidir si participar, o no, la idea que nos contactemos telefónicamente para poder explayarme más sobre las características de la entrevista en cuestión, así como también para que Ud. pueda preguntarme todo cuanto considere pertinente. Deseo aclarar de antemano que los datos personales serán confidenciales y no van a aparecer publicados en ningún lado. Estoy atento a cualquier respuesta. ¡Muchas gracias!

Fuente: elaboración propia

Seguidamente, se establecía uno o más contactos telefónicos, dependiendo las necesidades de la persona contactada, mediante los cuales se aclaraba y adelantaba la información consignada en el formulario de consentimiento informado escrito (ver figura 7) y se hacía referencia especialmente al compromiso de confidencialidad que asumía el investigador con relación al tratamiento de los datos, además de responder las dudas/inquietudes que se pudiesen generar en esa instancia.

⁸ Este modelo variaba según el caso y la información facilitada por la persona que propuso el contacto.

Por tanto, a través de estas comunicaciones, además de tener como objetivo garantizar el principio de autonomía de posibles participantes en la entrevista, se pretendió disminuir y/o eliminar cualquier tipo de incomodidad que pudiesen atravesar las personas participantes durante el proceso de investigación.

Finalmente, y luego de cada entrevista, se preguntó a las y los profesionales cómo se había sentido durante la misma y si tenía alguna observación/crítica/recomendación para hacer en consideración de los riesgos *supra* identificados. En la medida que las devoluciones fueron favorables se continuó con la misma dinámica hasta finalizar el proceso de entrevistas.

Para recoger los consentimientos informados por escrito se remitió por e-mail o Whatsapp el formulario de consentimiento, suscrito por el maestrando, para que la persona contactada pudiese completarlo y firmarlo online y remitirlo nuevamente, o bien para que pudiese imprimirlo, completarlo a mano alzada y enviar una foto o escaneo del documento.

Por otra parte, para garantizar la confidencialidad y el anonimato de la información se siguieron los siguientes pasos: primeramente, se almacenaron las entrevistas grabadas en un único dispositivo electrónico; en segundo lugar, en la transcripción de las mismas no se consignaron los nombres de pila de las personas participantes, sino que fueron codificados mediante iniciales aleatorias, siendo estas mismas iniciales las que se utilizaron en el cuerpo de la tesis.

Esta codificación, además de garantizar que terceros no pudiesen identificar a quienes prestaron sus testimonios, permitió que el propio investigador asociara las respuestas a las mentadas iniciales y no a los nombres de las personas entrevistadas. Asimismo, es dable señalar que tanto las desgravaciones como sus correspondientes transcripciones se conservaron únicamente durante el proceso de evaluación de la tesis.

Resulta pertinente añadir que la investigación se dio en una coyuntura muy particular, a saber, la emergencia sanitaria por el Covid 19. En la etapa del trabajo de campo estaba

restringida la posibilidad de realizar entrevistas de manera presencial, por lo que estas se efectuaron de manera virtual a través de distintas plataformas: Zoom, Meet o videollamadas por WhatsApp.

Para realizar el análisis de entrevistas se construyó una matriz (Figura 9) que hizo posible visibilizar la correspondencia entre las preguntas de investigación, los objetivos, las unidades de análisis, sus dimensiones, las técnicas de recolección de datos y las fuentes.

Figura 9. Matriz de análisis de datos

Pregunta General	Objetivo General	Objetivos Específicos	U. de Análisis	Dimensión	Técnica	Preguntas del instrumento	Fuente
¿Cuáles son los significados que se presentan en los relatos de profesionales de la salud que se hayan desempeñado laboralmente en AMBA entre 2015 – 2020 en relación a la intersexualidad?	Explorar los significados en torno a la intersexualidad que emergen de los discursos de personas médicas que han trabajado en el AMBA entre 2015-20120	Describir los significados que emergen en personas médicas en torno a la salud e intersexualidad	Relación entre salud e intersexualidad	Concepción orgánica de la salud/ Concepción subjetiva de la salud	Entrevista	Pregunta 1	Médicas/os de AMBA
		Identificar los criterios que utilizan personas médicas al momento de decidir u opinar sobre la intervención quirúrgica a nivel genital de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual.	Criterios médicos para decidir una intervención quirúrgica a nivel genital	Biologismo, Normalización, Autonomía, Autonomía familiar	Entrevista	Preguntas 2, 3 y 4	Médicas/os de AMBA
		Describir los significados que emergen en personas médicas frente a la clasificación sexual de las personas en relación con la intersexualidad.	Clasificación sexual de las personas	Concepción de género: binaria, no binaria. Saber médico, saber legal, saber social.	Entrevista	Preguntas 5 y 6	Médicos/as de AMBA

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

En base a la bibliografía consultada en diferentes buscadores y sitios Web, entre ellos FLACSO Andes, FLACSO Argentina, Google Scholar, EBSCO, JStor, INADI, Conicet, Scielo y Dialnet, se constató que la mayor cantidad de estudios sobre el tema eran en inglés. Las publicaciones en español procedían de diversos países de Iberoamérica, aunque Argentina no destacaba por la cantidad y heterogeneidad de aproximaciones al tema. Las publicaciones locales más bien eran escasas y concentradas en pocos autores.

Se constató en esas bases de datos que la intersexualidad suele ser comprendida como algo anormal por parte de las/los médicas/os, como una patología que debe ser corregida (Battaglino, 2019; Cantore, 2016; Oliveira Reis de Paula et al., 2015). Es por ello que el primer objetivo específico de este trabajo de investigación consistió en describir los significados que emergen en personas médicas en torno a la salud e intersexualidad.

Para explorar estos significados se preguntó a las/os entrevistadas/os si la intersexualidad podía ser considerada un problema de salud (pregunta 1 del cuestionario) y por qué. Las respuestas se analizaron considerando los criterios que las personas entrevistadas expresaron para fundar su postura a través de dos dimensiones de análisis:

- Concepción orgánica de la salud: esta concepción asimila la salud al buen funcionamiento de los órganos (Canguilhem, 2004). Esta postura es puramente biologista (Menéndez, 2020, 1988) y parametrizable desde un punto de vista objetivo, de modo tal que lo normal es comprendido como estándar cuantitativo y lo anormal o patológico, como una desviación cuantitativa de dicho estándar.
- Concepción vulgar de la salud: esta concepción puede esquematizarse como aquella incorpora las vivencias de la propia persona en interacción con una sociedad o cultura

determinada (Pelluchon, 2013; Canguilhem, 2004). Desde esta concepción los procesos de salud y enfermedad no pueden ser parametrizables ni descriptos de manera objetiva, sino que la salud es entendida de manera situada.

El segundo objetivo específico apuntó a identificar los criterios que utilizaban las y los médicas/os entrevistadas/os al momento de decidir u opinar sobre la intervención quirúrgica a nivel genital de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual. Para ello se presentó un caso hipotético de una persona recién nacida que, en base a su genitalidad, no podía ser claramente clasificada como mujer o varón. Luego se realizaron preguntas (preguntas 2, 3 y 4 del cuestionario) sobre la pertinencia de realizar una intervención quirúrgica u otro procedimiento, así como también se indagó sobre quién debía tomar la decisión al respecto.

Para construir las dimensiones de análisis se tuvo en cuenta la tensión existente entre aquellas posturas que consideran que una persona recién nacida que presenta un estado intersexual debe ser recontextualizada dentro de una lógica binaria lo antes posible por medio de una intervención quirúrgica y aquellas otras posturas según las cuales no debería realizarse una intervención quirúrgica sobre un cuerpo que presenta un estado intersexual por razones cosméticas. Las dimensiones que se utilizaron para el análisis de las respuestas fueron las siguientes:

- **Biologismo:** es la característica preponderante del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2020, 1988) a partir de la cual cobra un rol preponderante la mirada centrada únicamente en la dimensión biológica de la persona a costa del análisis de factores sociales y situacionales que pueden influenciar tanto los procesos de salud/enfermedad como su abordaje (Menéndez, 2020, 1988). Según las investigaciones de Hadid (2018), en Argentina este criterio era utilizado por algunas personas especialistas por lo menos hasta el año 2015.

- Normalización: es una de las funciones del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) según la cual a través del saber médico se establecen estándares de normalidad y, a su vez, se determinan métodos y procedimientos para evitar el desvío de dichos estándares. En el caso concreto de las personas intersexuales, Lavigne (2009) entiende que la expresión de esta función del Modelo Médico Hegemónico se podría traducir en la necesidad de normalizar un cuerpo según los estándares que presenta la lógica de la diferencia sexual.

Como se dijera, toda vez que la persona paciente no puede expresar su voluntad al nacer, se pretendió indagar si se observaba en las respuestas recogidas el criterio de evitar tomar cualquier decisión que pudiera ser luego adoptada por la persona paciente, para ello se utilizó la siguiente dimensión de análisis:

- Autonomía de la persona paciente: la autonomía de la persona paciente puede ser entendida como la capacidad que tiene esta de elegir y controlar las decisiones médicas (Emanuel y Emanuel, 1999).
- Autonomía familiar: la posibilidad o preponderancia del deseo de la familia en la toma de decisión sobre el abordaje médico que pueda realizarse a la persona paciente (Hardwin, 1998).

Finalmente, para abordar el tercer objetivo específico, esto es, describir los significados que emergen en personas médicas frente a la clasificación sexual de las personas en relación con la intersexualidad, se realizaron distintas preguntas (5 y 6 del cuestionario). A fin de identificar concepciones de género hegemónicas y no hegemónicas sobre la clasificación sexual de las personas, se tomaron en cuenta dos dimensiones de análisis:

- Clasificación sexual binaria: puede ser entendida como la lógica de la diferencia sexual según la cual solo hay dos sexos posibles representados por la diada mujer-varón (Butler, 2020, 2006a; Cabral, 2009; Maffia, 2003).
- Clasificación sexual no binaria: dentro de esta dimensión se comprenden todas aquellas concepciones según las cuales hay otras posibilidades sexuales además de la binaria. Concretamente, un cuerpo que presenta un estado intersexual desde esta dimensión es considerado como un cuerpo sexuado (Butler, 2020, 2006a; Cabral, 2009).

Por otro lado, y en base a las investigaciones y bibliografía citada en la presente tesis se pudo identificar que con relativa extensión desde el modelo médico hegemónico el saber médico se ha presentado como la única forma legítima de entender y abordar la intersexualidad. También se encontraron voces disidentes respecto del modelo médico antes aludido, como las que reivindican la identidad intersexual, así como también los reclamos colectivos de distintas organizaciones intersexuales; o bien la de aquellas personas que propugnan a nivel legal por alternativas registrales a la binaria. En función de todo lo expuesto, para identificar estas tensiones se consideraron tres dimensiones de análisis:

- Saber médico hegemónico: según esta dimensión el saber médico se presenta como el único saber legítimo para establecer la clasificación sexual de las personas (Menéndez, 1988; Maglio, 2014, 2011).
- Saber legal: esta dimensión hace referencia a la posibilidad de establecer criterios de clasificación sexual a través de la normativa que dicta un Estado (CIDH, 2015; Huffington Post, 2014; Galperin s/f).
- Dimensión social: hace referencia a la posibilidad de establecer criterios de clasificación sexual de las personas teniendo en consideración las vivencias de las personas intersexuales. Esta dimensión se construye a partir de autoras como Butler (2006a) o Fausto-Sterling (1988) quienes destacan cómo el sexo además de una

dimensión biológica, tiene una dimensión social que influye en su identificación, delimitación, en otras palabras, condiciona su inteligibilidad.

Luego, se construyeron matrices para organizar el análisis en torno a los objetivos específicos de la investigación. Esta elaboración posibilitó abordar las respuestas desde la intersección de las categorías delimitadas.

Tal como puede verse en las figuras siguen a continuación, se trata de cuadros de doble entrada en el que cada eje detalla una categoría de análisis y en las intersecciones se colocaron o bien respuestas representativas, o bien falta de respuestas que puedan incluirse en las mentadas intersecciones.

Figura 10. Matriz con los criterios médicos sobre operación genital intersex

Operación genital \ Criterio médico	* Realización de estudios biológicos	ver si se comporta como niña o como niño	Prioriza decisión de la familia	* Prioriza decisión del paciente
Sí	cuando le hacen el estudio genético y te dice si es varón o mujer, porque lo que es intersexo son los genitales (...) no le vas a decir al (...) que esto es una malformación, su hijo genéticamente es una nena tenemos la opción de hacer una cirugía', (...) yo creo que más precozmente se haga la cirugía mejor (D.M.B.)	esperaría a ver el niño como se desarrolla. O sea, si el niño se siente más niña o que es mas varón (...) Obviamente no esperaría a que sea grande (A. D.)	pasa por la decisión de los padres si están los medios para realizarla ... lo tiene que manejar los padres en ese caso o la familia, (...), si deciden esperar hasta que el chico decida o no, depende de ellos (D. F.)	(no se presentaron respuestas en estas intersección)
No	(no se presentaron respuestas en estas intersección)	(no se presentaron respuestas en estas intersección)		ese niño definiría si es necesario una intervención quirúrgica, o no (...) tiene que ver con una construcción social y psicológica no creo que eso le afecte en la primera infancia. No haría una intervención temprana (C. L.)
Concepciones de género	* → Sexo binario: puede incluir una referencia a la identidad que también se piensa binaria.		* → Género no binario: en la medida que es la persona paciente quién decide estas posturas son compatibles con concepciones no binarias del sexo.	

Fuente: elaboración propia

Figura 11. Matriz sobre la influencia de la registración legal del sexo en el modelo médico hegemónico

	Relación e/ clasificación sexual médica y clasificación sexual legal			
	Priorizan el criterio médico	No priorizan el criterio médico respecto del legal		
		Van por carriles separados	Deben complementarse	Incluyen una dimensión social en sus respuestas
Respuestas acordes al modelo médico hegemónico	hay una clasificación binaria, o vas al ginecólogo o vas al urólogo, hacé lo que quieras con tu cuerpo y tu forma de vida, pero los genitales internos lamentablemente nos van a indicar distintas especialidades pero no considero q las cuestiones legales deban definir el sexo de la persona sino una cuestión biológica (D. S.)	(no se presentaron respuestas dentro de esta intersección)	(no se presentaron respuestas dentro de esta intersección)	(no se presentaron respuestas dentro de esta intersección)
respuestas que presentan una ruptura con el modelo médico hegemónico	(no se presentaron respuestas dentro de esta intersección)	lo legal va por un lado y lo médico va por otro. Porque me parece que lo médico tiene que apuntar a lo biológico, la medicina es una rama de la ciencia y eso es importante. Pero creo que lo legal apunta a otra rama que tiene que ver mas con lo social; las leyes han cambiado a lo largo de la historia y tiene que ver no con lo biológico sino que tiene que ver con lo social, con los cambios culturales y tiene que ver con otra construcción mas desde lo mental, desde lo psicológico y no desde lo biológico médico básicamente. (C. L.)	[¿el sexo legal debería influenciar los criterios médicos de clasificación sexual?] Si ,deberían si ,probablemente lo más importante es el objetivo de la discusión, si el objetivo es que tenga algún tipo de practicidad médica (...) [¿la clasificación legal del sexo, debería estar influenciada por los criterios médicos?] Si. me parece que al rol del médico en esto o la medicina en esto sería el apoyo y el asesoramiento tanto al aporte legal como a los pacientes, como hacer de intermediario como al que deberían consultar (M.P.)	creo que muchas veces que en las clasificaciones legales se han utilizado términos que simplifican la biología (...) para la biología el sexo es algo genéticamente determinado por una cuestión cromosómica, cuando en realidad lo que vivimos las personas es un género, es una representación y es algo de lo que nos apropiamos: nos reconocemos como mujeres, como varones o en una diversidad mas allá de lo biológico (A. T.)

Fuente: elaboración propia

Figura 12. Matriz sobre la influencia de las vivencias de género en la clasificación sexual que se hace a nivel médico

	Vivencias de género intersex pueden afectar la clasificación binaria	
	Si	No
Respuestas acordes al modelo médico hegemónico	Si, obviamente que si, pero como soy mente abierta, si la clasificación es otra habrá que aceptarla. Igual te digo que pobre gente no querría estar metida en sus zapatos, porque serían un híbrido (T.F.)	La verdad que es un lío esto, a mi me parece que son como las consecuencias de que llegue la persona a edad consciente de la parte sexual y se encuentre con los dos genitales...para mi o es hombre o es mujer, para mi no hay un intermedio. (A. D.)
Respuestas que presentan una ruptura con el modelo médico hegemónico	Desde el punto de vista médico, la auto-percepción tiene un límite solamente social y psicológico, si hay una patología que se ve mas en hombres, por mas que la persona se considere mujer o se considere intersexo si hay una patología que se da mas en hombres uno tiene que considerar que el riesgo es similar o idéntico a como si fuese hombre. Después, desde el punto de vista social, si tendría que abrirse un tercer sexo...y mirá, yo diría que sí (N. C.)	(no se presentaron respuestas dentro de esta intersección)

Fuente: elaboración propia

De esta manera, fue posible explicitar de manera más esquematizada los imaginarios que emergen en torno a las categorías de análisis, en constante diálogo con las principales teorías y conceptos recogidas en el marco teórico.

Finalmente, cabe hacer algunas precisiones sobre el uso del lenguaje en este trabajo, ya que se optó por utilizar distintos recursos para comunicar los resultados de la investigación de una manera inclusiva, tales como sustantivos colectivos y epicenos, la eliminación del artículo en aquellos sustantivos que tienen una única forma, la utilización de pronombres relativos, indefinidos y adjetivos indefinidos, así como también adjetivos invariables y el uso del desdoblamiento binario del lenguaje para referenciar a las personas entrevistadas que se identificaron de esa manera (INADI, 2021).

Por otro lado, y según las recomendaciones de la subsecretaría de Comunicación y Contenidos de Difusión (2021), al diferenciar por sexo, se sigue el orden alfabético que indica que la a va antes que la o. Por ejemplo, “las/os medicas/os” y fundamentalmente se evita la utilización del masculino genérico (ni en singular ni en plural) para designar géneros.

Capítulo 3: Resultados

Este capítulo tiene como propósito volcar el análisis de los significados que profesionales médicas/os⁹ presentan en torno a la intersexualidad. Para ello, se describirán los imaginarios que presentan sobre salud e intersexualidad, desde qué concepción de género es pensada esta última, cuáles son los criterios que se aplican para decidir u opinar sobre la intervención quirúrgica de una persona intersexual y cuáles son sus concepciones sobre la clasificación sexual de las personas.

1. Imaginarios sobre salud y normalidad en torno a la intersexualidad

En este primer apartado se describen e interpretan los imaginarios de las/os profesionales entrevistadas/os en torno a la salud y la intersexualidad. De manera particular, se indagó si la intersexualidad era considerada por las/os profesionales un problema de salud. Vale recordar aquí que se brindó a las/os médicas/os entrevistadas/os una definición básica del término intersexualidad con el fin de evitar ambigüedades o confusiones teóricas.

Para categorizar las dimensiones del concepto de salud que subyacen en cada una de sus respuestas, se tuvieron en cuenta los aportes de Canguilhem (2004,1971) y Pelluchón (2013), desarrollados en el punto 2.2 del marco teórico, que permiten distinguir entre una concepción objetiva o científica de la salud -organicista- y una concepción que incluye las vivencias de la persona paciente y su subjetividad -vulgar-.

Cabe mencionar que la concepción objetiva de salud antes aludida ha implicado comprender lo patológico como una desviación del estándar de normalidad, que excluye de su análisis las vivencias y subjetividades de la propia persona en un relato que la medicina hace en tercera persona (Canguilhem, 1971).

⁹ Se utiliza lenguaje binario en consideración de que todas las personas entrevistadas se auto percibieron o bien como mujer, o bien como varón.

Frente a esta concepción autores como Canguilhem (2004) proponen un concepto de salud que parta de las propias vivencias de la persona que atraviesa un proceso de salud/enfermedad. Según expone, “salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (p.52).

De los testimonios analizados, es posible identificar un primer grupo de profesionales para quienes la intersexualidad no representa un problema de salud *per se*, aunque podría derivar en una problemática de salud en caso de que la persona intersex experimentara alteraciones en las funciones orgánicas.

Pueden citarse como ejemplo las respuestas obtenidas de M.B. y O.S. quienes manifestaron que la intersexualidad puede implicar un problema de salud en el caso que se presente una disfunción orgánica, por ejemplo, en el sistema reproductivo o urológico:

Sería un problema de salud en el caso de modificaciones físicas [...] que alteren la funcionalidad de la parte reproductiva como la parte urológica de la persona, en el caso que el paciente no puede eliminar la orina porque está obstruido algún conducto, entonces claramente sería un problema de salud (O.S., Comunicación personal, 03 de marzo de 2021).

Por su parte, M.B. también centra su atención en si la intersexualidad puede implicar una disfunción orgánica y esta subjetividad puede rastrearse en varias respuestas a lo largo de la entrevista. Para responder si considera a la intersexualidad un problema de salud afirmó que “si no genera un problema de salud no lo consideraría enfermedad”, y luego explicó que la intersexualidad sería un problema de salud: “si implica un problema en los riñones o vías urinarias” (Comunicación personal, 10 de febrero de 2021).

Como puede observarse, en estas respuestas se evidencia una concepción según la cual un estado intersexual no representa necesariamente un problema de salud, a menos que se

identifique alguna falla orgánica asociada a dicho estado. Como puede observarse en estas respuestas, las personas entrevistadas centran su argumentación en la dimensión organicista de la salud descrita por Canguilhem (2004).

En otro grupo de respuestas si bien se aprecia que tampoco la intersexualidad es considerada un problema de salud en sí misma, las personas entrevistadas afirman que puede generar problemas a nivel subjetivo y/o social. Pueden citarse a modo de ejemplos los testimonios de G.B. y B.S.

En este sentido, G.B. manifestó que la intersexualidad podría traer aparejados problemas de índole subjetiva, ya que “puede afectar psicológicamente a la persona que no pueda establecer su sexo” (Comunicación personal, 26 de febrero de 2021). Por su parte, B.S. refirió:

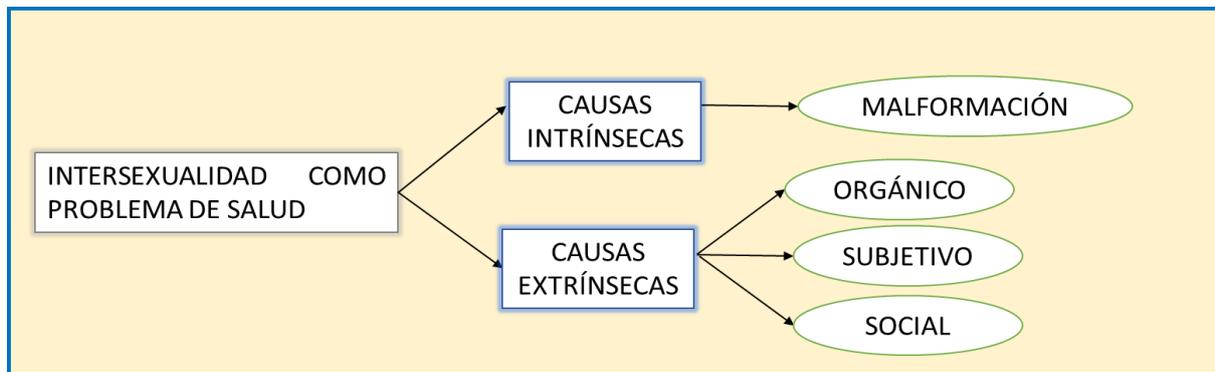
[La intersexualidad] tiene una parte como...eh... personal y otra que tiene que ver con la interacción con el resto. Va a ser tan problemático en tanto le pese a la persona tenerlo y en cuanto al impacto que tenga con el resto: en la calidad de vida, en la sociedad. Hay gente que tiene determinadas características que implican mucha dificultad para interactuar con el resto: para interactuar, para identificarse con, y para otras personas es lo de menos (comunicación personal 30 de enero de 2021).

En ambos casos se advierte que las personas entrevistadas tienen en cuenta las dimensiones sociales y vivenciales que puede afectar a personas que presentan un estado intersexual, y, en base a sus respuestas, estas dimensiones parecen estar incluidas dentro de su conceptualización de salud. Es importante resaltar que estas dimensiones interpelan los estándares de salud y normalidad que se construyen como una variable objetiva (Canguilhem, 1971) desde el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988; Lavigne, 2009).

En contraposición con las respuestas analizadas, solo una/un profesional afirmó que la intersexualidad es un problema de salud en sí mismo, toda vez que se trataría de una malformación.

Así, D.M.B. expresó que: “lo primero que tenés que instalar en tu cabeza es que es un intersexo, es un chico o chica deformado que la ciencia le tiene que solucionar su malformación con las menores secuelas posible” (Comunicación personal 13 de febrero 2021). En resumen, los posicionamientos hallados quedan ilustrados en el siguiente gráfico:

Figura 13. Posicionamientos sobre la intersexualidad como problema de salud



Fuente: elaboración propia

Como pudo observarse en el discurso de casi la totalidad de las/os profesionales entrevistadas/os, lo patológico no emerge como un rasgo intrínseco o inherente a la intersexualidad, sino como una manifestación de factores extrínsecos a dicho estado -variables biológica, psíquicas y ambientales-, que no dicen relación directa con la intersexualidad.

Por ello, los testimonios hasta aquí expuestos -exceptuando las palabras de D.M.B.- se apartan de los hallazgos de investigaciones previas realizadas en Argentina, recogidos en esta tesis, que concluían que el saber médico abordaba a la intersexualidad como una situación patológica en sí misma. En efecto, Hadid (2018) ha indicado que al abordar la intersexualidad el saber médico se centra en “lo patológico como herramienta para producir conocimiento sobre determinación sexual normal” (p. 76) que se hace de las personas al nacer. En este contexto, por cierto, el

estatus de normalidad se circunscribe a los sexos de mujer y de varón, mientras que otras posibilidades aparecen como patológicas, es decir, como una desviación del estándar de normalidad que tiene que ser solucionado a través de la ciencia (Canguilhem, 1971).

Ahora bien, a pesar de haber obtenido respuesta por parte de la mayoría de las personas entrevistadas (n=16) en relación a si consideraban la intersexualidad como un problema de salud, no menos cierto es que una parte nada despreciable de profesionales (n=5) se mostró dubitativo sobre dicha cuestión, aduciendo desconocimiento desde su saber médico en torno a la salud y la intersexualidad.

Se puede señalar dentro de este grupo la postura de J. M., para quien el principal inconveniente en torno a la intersexualidad consiste en la dificultad para clasificar las patologías que puede llegar a tener la persona intersex, dado que el saber médico aprendido a nivel académico todavía clasifica la sexualidad de las personas en términos binarios y las enfermedades prevalentes dentro de cada sexo:

En principio no es un problema inherente a la salud, o a la salud pública, o que genere un problema de salud. No, no es un problema de salud. Sí puede generar problemas clasificatorios. La medicina es una ciencia muy clasificatoria, y nosotros nos manejamos mucho con patologías: hombre, tal patología; mujer, tal patología (Comunicación personal, 26 de febrero de 2021).

También se puede mencionar el testimonio de N.P., quien adujo que la intersexualidad excedía a la formación médica convencional:

No es un problema. En cuanto al médico, tiene un rol que tiene que ver muchas veces con la organicidad del problema de salud. Es más complejo en cuanto tiene que abordar la parte cognitiva conductual de la persona y comprender eso exige una formación que

no es la convencional como cuando uno sale de la facultad (Comunicación personal, 10 de febrero de 2021).

Según en el testimonio de N. P., las carreras de grado no ofrecen las herramientas necesarias para abordar un caso de intersexualidad. Esta falta de preparación a la que alude N. P. se repitió en otras entrevistas, tal como concedida por el obstetra D. F., quien afirmó: “Yo no podría emitir opinión porque en mi especialidad no sabría cómo se resuelve ese tipo de situaciones” (Comunicación personal, 15 de diciembre de 2020).

En síntesis, para la mayoría de las personas entrevistadas la intersexualidad no es una patología en sí misma. En todo caso, lo problemático de la intersexualidad podría estar asociado a cuestiones orgánicas, tales como problemas en el sistema reproductor o urinario, o bien a cuestiones subjetivas o sociales, en la medida que han señalado que podría traer aparejados problemas psicológicos o de interacción con otras personas.

Finalmente, algunas personas entrevistadas señalaron ciertas carencias en el saber médico en relación con la intersexualidad, ya sea porque las carreras de grado no ofrecen herramientas suficientes para abordar cuestiones cognitivas conductuales, o porque el sistema de patologías que puede padecer una persona se expresa únicamente en términos binarios. Esta carencia de conocimientos parecería, desde la perspectiva de estas personas entrevistadas, limitar la labor profesional médica.

A continuación, el análisis se centrará en describir las subjetividades de las/os médicas/os entrevistadas/os en relación a una persona que presenta un estado intersexual al nacer.

2. Criterios biomédicos al decidir una intervención quirúrgica

En el presente apartado se describen los criterios médicos que emergen de los relatos de profesionales de la salud cuando se presenta la situación de tener que opinar la intervención quirúrgica de una persona intersexual. Para lograr este objetivo, se ofreció a las/os

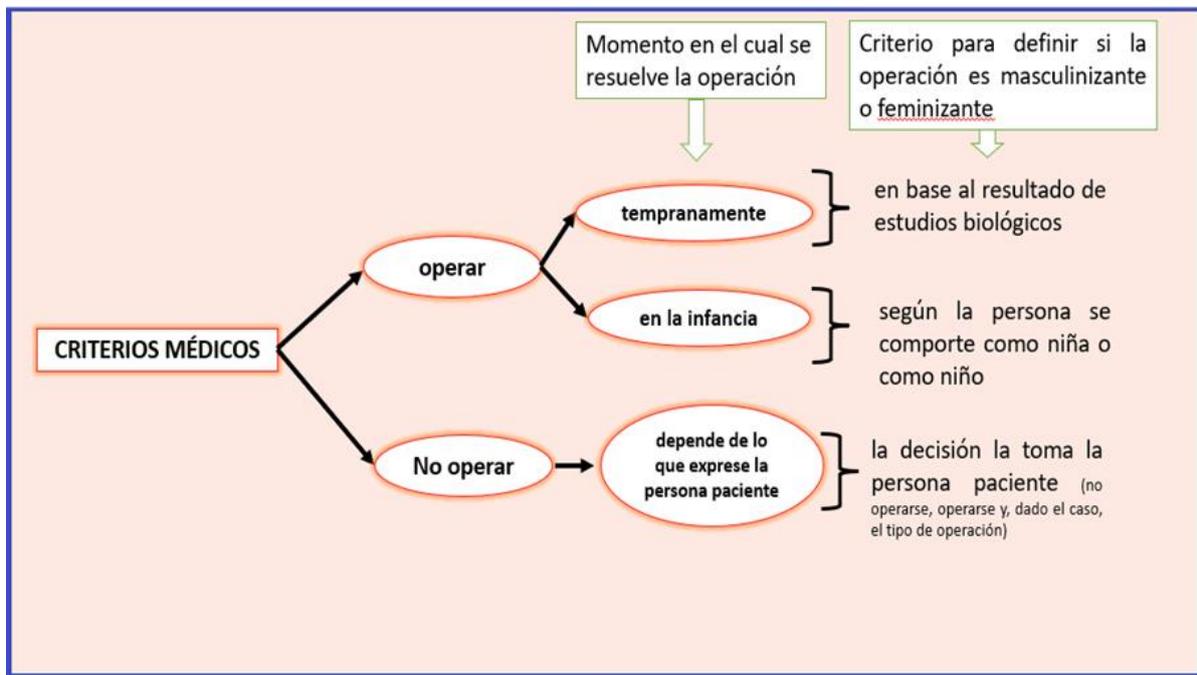
entrevistadas/os el caso hipotético de una persona recién nacida que, en base a su genitalidad, no podía ser claramente clasificada como mujer o varón. Sobre la base de ese primer diagnóstico se solicitó a las y los profesionales responder diversas preguntas vinculadas a los criterios médicos que emplearía ante la posible intervención.

Las respuestas obtenidas se analizaron a la luz del biologismo y la función normalizadora del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020, 1988), así como también desde los conceptos de autonomía de la persona paciente y autonomía familiar (Álvarez, 2015; Luna y Salles, 2008; Emanuel y Emanuel, 1999; Hardwin, 1998).

Lo primero que debe decirse en torno a los testimonios relevados es la clara divergencia de opiniones en lo que concierne a los criterios que deberían tomarse frente al nacimiento de una persona intersexual. Un grupo de profesionales indicó que realizar una adecuación genital era la mejor opción mientras que otro grupo sugirió que lo mejor era no operar.

Se puede decir que pudieron identificarse con relativa claridad tres abordajes: 1) determinar mediante estudios biológicos el sexo de la persona paciente y luego operar en consecuencia; 2) antes de operar, esperar a ver si en los primeros años de vida la persona paciente se comporta como niña o como niño; 3) dejar el cuerpo en las condiciones que nació y, en todo caso, que la propia persona paciente decida qué quiere hacer. Estos posicionamientos pueden graficarse de la siguiente manera:

Figura 14. Síntesis de los posicionamientos médicos frente a un nacimiento intersexual (N=21. Profesionales médicas/os del AMBA, 2021)



Fuente: elaboración propia

Tal como se dijera, un grupo de profesionales entrevistadas/os recomendaría una intervención quirúrgica como forma de abordar la intersexualidad. Estas consideraciones se desprenden, por ejemplo, del relato de T. F., quien dijo: “¡¡Pobre gente!! No querría estar metida en sus zapatos, porque serían un híbrido, digamos [...] No están en ningún lado. También es una situación horrible para esos pacientes” (Comunicación personal, 13 de enero de 2021).

Tal y como se evidencia en esa respuesta, la operación en cuestión se presenta como la adecuación sexual (Hadid, 2018) de un cuerpo no concebido como normal (Canguilhem, 2004), en la medida que no puede ser clasificado como un cuerpo de mujer o de varón.

A la hora de definir si esta intervención debe ser feminizante o masculinizante y en qué momento aquélla debería realizarse, en las entrevistas realizadas emergieron dos posicionamientos: por un lado, quienes entienden que debe definirse a través de estudios genéticos y realizar una cirugía tempranamente y, por el otro, quienes entienden que debe priorizarse la identidad que la niña o el niño exprese en los primeros años de vida y recomiendan esperar para realizar la intervención quirúrgica.

Es importante destacar que ambos grupos de profesionales presentan una lógica de la diferencia sexual en la medida que proponen eliminar las ambigüedades que supone, desde esa lógica, un cuerpo intersexual.

Dentro del grupo de profesionales que recomiendan una cirugía temprana, se puede ejemplificar el testimonio de T.F, G.B. o de D.M.B. En este sentido, T. F. manifestó que “le haría un cuadro genético para saber si es nena o varón, [...] y después de ver qué dicen sus cromosomas, recién ahí lo intervendría quirúrgicamente...” (Comunicación personal, 13 de enero de 2021).

En el mismo orden de ideas, G.B. expresó: “hay que realizar una intervención quirúrgica. Primero hay que determinar biológicamente cuál es su sexo y luego operar.” (Comunicación personal, 26 de febrero de 2021).

En similar sentido D. M. B. dijo:

Cuando le hacen el estudio genético y te dice si es varón o mujer, porque lo que es intersexo son los genitales [...] no le vas a decir [a la familia] [...] que esto es una malformación, su hijo genéticamente es una nena tenemos la opción de hacer una cirugía', [...] yo creo que [cuanto] más precozmente se haga la cirugía mejor. [...] después que formamos parte de la población general todos tenemos la posibilidad a los 15 años de decir no me siento identificado con mi sexo” (Comunicación personal, 13 de febrero de 2021).

A través de estos testimonios se hace patente en la/os profesionales la presencia de una postura esencialista (Rubin, 1989) de la diferencia sexual (Laqueur, 1994), que parece implicar una traducción ontológica en la narrativa de género, toda vez que asumen que un cuerpo intersexual pertenece a una persona que “es” mujer, o que “es” varón (Lavigne, 2009).

A su vez, los criterios descriptos previamente pueden ser comprendidos como formas prácticas que adquiere el modelo médico hegemónico (Menendez,1988). En este caso se observa cómo desde una lógica binaria un cuerpo que no encuadra dentro de este estándar debe ser corregido -función normalizadora del MMH- y, para dicha normalización, se prioriza el análisis biológico de la persona, ya sea mediante su morfología o su genética -característica biologista del MMH-.

Luego, se encuentra un grupo de profesionales que refirieron que se debería respetar la identidad que la/el niña/o exprese en sus primeros años de vida para determinar el sentido de la operación, tal como se desprende del relato de G. T., quien además resaltó la importancia de acompañar a la familia en dicho proceso: “[Hay que brindar un] acompañamiento y orientación hacia padres y acompañamiento hacia el niño para ver dónde se va orientando antes de una cirugía. [A la familia hay que proporcionarle] información y asesoramiento” (Comunicación personal, 20 de febrero de 2021).

Esta lectura binaria de las identidades, previo a decidir por una operación feminizante o masculinizante, puede observarse con mayor claridad en relatos como el de A. D., quien refirió: “Esperaría a ver el niño cómo se desarrolla. O sea, si el niño se siente más niña o que es más varón [...] Obviamente no esperaría a que sea grande.” (Comunicación personal, 15 de noviembre de 2020).

En estos testimonios la dimensión subjetiva de la persona paciente emerge como un elemento central para determinar la genitalidad de la persona intersex que es intervenida quirúrgicamente. De ese modo, los discursos en cuestión parecen alejarse del paradigma estrictamente biologista del MMH antes mencionado, acercándose, en cierta medida, a la concepción de la salud de Canguilhem (2004). Con todo, es importante señalar que al pensar la identidad que podría expresar la persona intersex en los primeros años de vida, se hace en

términos binarios y, en tal sentido, se podría afirmar que la intervención quirúrgica se alinea a la función normalizadora del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988; Lavigne, 2009).

Tomando los aportes de Butler (2006a), la adecuación de un cuerpo en base a la interpretación binaria que se hace del comportamiento de una persona, tal y como surge de los relatos detallados, puede ser explicada a través de la matriz heteronormativa que impone la necesaria coherencia entre cuerpo, identidad y deseo. De manera tal que, a comportamientos masculinos correspondería un cuerpo masculino y deseo masculinos, mientras que a comportamientos femeninos correspondería un cuerpo femenino y deseos femeninos.

Por otra parte, lo expuesto sobre los posicionamientos médicos en torno a la necesidad de intervenir sobre la genitalidad de personas recién nacidas o la posibilidad de diferir esa decisión un tiempo, habilita otra discusión, centrada en la concepción de género existente en el seno familiar y cómo esta puede influir, ya no solo en la percepción positiva o negativa que se tenga de la intersexualidad, sino también en la elaboración de la propia identidad de género durante la primera infancia.

En efecto, una vez reconocidos los argumentos por los cuales las personas profesionales entrevistadas consideraron que el tratamiento más adecuado sería el de una intervención quirúrgica, se indagó sobre quién debería tomar la decisión respecto de la realización de esa práctica médica. La mayoría de las/os profesionales que consideraron que debe realizarse una intervención quirúrgica otorgan un lugar preponderante a la decisión de la familia. Esta postura es manifestada, por ejemplo, por D.S., quien concretamente dijo: “debería actuar según lo que digan los padres” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2021).

En la misma línea, T.F. expresó que:

La decisión final no la puede tomar el chico cuando sea adulto, yo creo que hay que conservar como dios lo trajo al mundo, si es nene, nene y si es nena, nena. Después

que elija lo que quiera, pero me parece que para evitarle trastornos psicológicos pienso esto [...] la familia siempre tiene que estar en la decisión, está el consentimiento informado y los representantes legales son los padres. [...] (Comunicación Personal, 13 de enero de 2021).

A.D. también dijo:

A mí me parece que [la decisión la debería tomar] el cuerpo médico con la familia, pero sobre todo la familia. [...] Uno le puede hacer sugerencias, pero el que decide al final es el paciente, y en este caso que es chiquito yo no esperarí a que sea grande porque me parece le haces más lío que otra cosa, que lo decida la familia (Comunicación personal, 15 de noviembre de 2020).

De estos testimonios se desprende una ruptura con la concepción médica según la cual la intersexualidad debe ser tratada como una urgencia médica, independientemente de que exista riesgo de vida (Cabral et al., 2009; Galperin, s/f). Como se ha dicho *ut supra*, de las respuestas de las/os médicas/os entrevistadas/os se infiere el valor de respetar la autonomía familiar (Hardwin, 1998).

Si bien no es uno de los objetivos de este trabajo, se torna relevante tener en consideración la relación que puede existir entre la forma en que es planteada la situación por parte del equipo médico y la actitud adoptada por la familia frente a la intersexualidad. Según las investigaciones de Streuli et al. (2013) y Flor (2016), la decisión de la familia está fuertemente influenciada por la información que reciben del equipo médico, de forma tal que cobra particular importancia el marco cognitivo biomédico desde el cual se comunica la situación de intersexualidad (Sabio, 2014). Como puede observarse, aun desde el respeto de la autonomía familiar, la concepción médica parece adquirir un rol central (Streuli et al., 2013).

Por último, también se detectó entre las/os entrevistadas/os la postura de aquellas/os profesionales que no recomiendan como primera opción la intervención quirúrgica en el caso de que una persona recién nacida que presente un estado intersexual a nivel genital (Supuesto 3), como tal como se pone de manifiesto en los testimonios de D. L., C. L. y A. F.

En este sentido, D. L. expresó que:

Hay que hacer un diagnóstico para ver dónde uno está parado genéticamente [...] avisarle a la familia que el chico tiene tal síndrome y más adelante se verá, cuando la persona es grande, con que orientación se siente cómodo y ahí se verá, si se opera o no se opera (Comunicación personal, 05 de febrero de 2021).

Por su parte, A. F. manifestó:

Yo creo que habría que preguntarle al paciente con que cosa se siente más cómodo, si con una intervención o con otras opciones [...] creo que la anatomía tiene que estar completa a una edad madura para realizar la intervención que tenga que hacerse llegado el momento (Comunicación personal, 04 de febrero de 2021).

A su vez, C. L. expresó: “Ese niño definiría si es necesario una intervención quirúrgica, o no [...]. Tiene que ver con una construcción social y psicológica. No creo que eso le afecte en la primera infancia. No haría una intervención temprana” (Comunicación personal, 15 de enero de 2021).

En este sentido, si bien en las respuestas propuestas las/os profesionales hablan de la realización de cuadros genéticos, utilizan la expresión síndrome y aluden a la anatomía completamente desarrollada de la persona paciente, que nos podría remitir al paradigma biologista; en todos los casos contemplan de manera predominante la percepción que de sí misma tenga ésta persona, motivo por el cual las/os separa del modelo médico hegemónico en el abordaje de la intersexualidad (Lavigne, 2009).

Como puede observarse dentro de este grupo de respuestas, las/os médicas/os priorizan el respeto de la autonomía de la persona paciente, toda vez que le darían la posibilidad de elegir y controlar las decisiones médicas (Emanuel y Emanuel, 1999). Resulta importante mencionar que de los testimonios recogidos puede inferirse que para tomar la decisión sobre la pertinencia de una operación no basta con que una tercera persona -sea la familia o el cuerpo médico- interprete la identidad de género de la persona paciente, sino que habría que esperar a que esta tenga la capacidad de detectar sus preferencias y tomar decisiones con base a estas (Álvarez, 2015). Este curso de acción, por cierto, es sugerido y recomendado por distintas organizaciones que velan por la defensa del derecho a la identidad de las personas intersexuales (Inter, 2015).

A fin de sintetizar el análisis efectuado en este segundo apartado respecto de la necesidad o no de operar una persona que presente un estado intersexual a nivel genital, se pudieron identificar tres criterios de acción: 1) determinar mediante estudios biológicos el sexo de la persona paciente y luego operar en consecuencia; 2) antes de operar esperar a ver si en los primeros años de vida de la persona paciente se comporta como niña o como niño; 3) dejar el cuerpo en las condiciones que nació y, en todo caso, que la propia persona paciente decida qué quiere hacer.

Quienes estuvieron a favor de realizar una operación feminizante o masculinizante cuando nace una persona intersex pueden ser vinculados con la función normalizadora del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), que excluye la posibilidad de una naturaleza sexual que no sea o bien de mujer, o bien de varón (Lavigne, 2009).

Dentro de este grupo, a su vez, puede realizarse una distinción: por un lado, la postura de quienes sostuvieron que mediante un estudio genético puede definirse el resultado de la operación, postura que parece responder al paradigma biologista (Menéndez, 2020, 1988).

Por otro lado, las/os médicas/os que entendieron que sería adecuado esperar a ver cómo se comporta la persona recién nacida, anteponiendo -a diferencia de los anteriores- la identidad a la biología de la persona intersex. A pesar de esto último, la identidad es interpretada a partir de conductas, un pensamiento cuya raíz última es la idea según la cual debe haber cierta coherencia entre comportamientos binarios (femenino o masculino) y un sexo binario (de mujer o de varón). De esta manera, dicha concepción encarna de modo implícito una matriz heteronormativa que establece una unidad indisoluble, necesaria y coherente entre identidad, cuerpo y deseos (Butler, 2006a).

Dentro del grupo de profesionales que recomendarían la realización de una intervención quirúrgica, la mayoría de ellos ha puesto en valor la autonomía familiar para decidir sobre la persona recién nacida (Hardwin, 1998).

Finalmente, se encuentra el grupo de profesionales que no recomiendan una intervención quirúrgica como primera opción, y aceptan la posibilidad de que la persona paciente decida operarse, o no. En la medida que la sexualidad de un cuerpo es delegada a la propia persona paciente, se evidencia el respeto de su autonomía y en cierta forma pueden resultar compatibles con la concepción según la cual el sexo y su materialidad depende de factores sociales (Butler 2020, 2006a). Reforzando este criterio, en algunos testimonios, incluso, aparece de manera expresa que el sexo de una persona depende de cuestiones psicológicas y sociales, y no médicas.

A continuación, y para finalizar el análisis de los datos recolectados durante el trabajo de campo, se describirán los posicionamientos médicos frente a la clasificación sexual de las personas, principalmente desde dos ejes de análisis: por un lado, el denominado discurso hegemónico médico (Maglio 2014; Menéndez 1988) y, por el otro, la normatividad de género en relación con éste (Butler, 2006a; Rubin, 1989).

3. Clasificación sexual: tensiones entre las dimensiones médicas, legales y sociales

En este apartado se describen los significados médicos en torno a la clasificación sexual de las personas, a fin reconocer si el marco teórico que nutre sus concepciones sobre la sexualidad humana se corresponde con los postulados del modelo médico hegemónico o no, De este modelo se toma, principalmente, la función normalizadora y la característica biologista a partir de las cuales se puede afirmar que a) la clasificación de los sexos posibles sólo debe establecerse a través del saber médico, lo cual implica que otros saberes tales como el legal o el social deben seguir este criterio (Maglio, 2014, Alcántara, 2013); y b) la biología indica que sólo hay dos sexos posibles (Alcántara, 2013; Lavigne, 2009).

Para ello, se propuso a los entrevistados que imaginaran estar frente a un caso de nacimiento intersexual y, a partir de esa situación, se les interrogó sobre el lugar que ellos concederían a las disposiciones legales vigentes para casos como el planteado. Además, se le realizaron preguntas para evaluar si la intersexualidad podía considerarse una posibilidad sexual más, además de la binaria.

Para introducir la dimensión legal se esquematizaron los tres posicionamientos registrales referidos en el marco teórico (apartado 3.3)¹⁰ frente a un nacimiento intersexual y, seguidamente, se preguntó a las personas entrevistadas si estos criterios legales debían influenciar los criterios médicos de clasificación sexual binaria o viceversa, es decir, si los criterios médicos deben influenciar los criterios legales.

Para introducir la dimensión social, se planteó el caso de las personas que no se perciben ni con un género femenino ni con un género masculino, sino con un género intersexual, y se preguntó si estas vivencias podrían afectar la clasificación sexual que se efectúa a nivel médico.

¹⁰ 1) Inscripción binaria (mujer/varón); 2) incluir una tercera categoría que englobe lo no binario, 2) la no registración del sexo como categoría legal.

A partir de las respuestas que proporcionaron, los profesionales fueron agrupados de la siguiente manera:

Por un lado, quienes entienden que para realizar o establecer la clasificación sexual debe prevalecer el criterio médico, lo cual concuerda con el modelo hegemónico médico (Maglio, 2014, 2011; Lavigne, 2009; Menéndez, 1988) descrito en el marco teórico. Por otro lado, quienes postularon que los criterios de clasificación sexual no son privativos del saber médico (Hadid, 2018; Flor, 2015; Cabral et al., 2008; Butler, 2006a).

Conforme a lo anterior, fue posible discernir dos posiciones opuestas en relación al género y la clasificación sexual de las personas: 1) binarismo sexual; 2) posiciones no binarias sobre el sexo.

El primero de los grupos corresponde al de los profesionales para quienes debe priorizarse el criterio médico en materia de clasificación sexual. A su vez, sus respuestas son compatibles con la lógica de la diferencia sexual.

Al respecto, es ilustrativa la respuesta de E. F., quien refirió: “la clasificación [sexual de las personas] tendría que tener un fundamento biológico, o es masculino o femenino. Desde los médicos no hay mucho más que decir de eso” (Comunicación personal, 10 de diciembre de 2020).

En igual dirección se orientan los discursos A. D. y O. S., quienes priorizan el criterio médico, a la vez que postulan que sólo hay dos sexos posibles. En otras palabras, en estos testimonios el saber médico aparece como un saber hegemónico (Maglio, 2014; Menéndez, 1988) mediante el cual se establece la verdad del sexo (Foucault, 2007). Así lo expresó A. D.: “Para mí solo hay hombre y mujer y la ciencia lo ha demostrado” (Comunicación personal, 15 de noviembre de 2020). Por su parte, O. S. refirió “soy muy biológica y considero que sí hay una clasificación binaria, o vas al ginecólogo o vas al urólogo” (Comunicación personal, 03 de marzo de 2021).

En este mismo sentido se pronunció D.M.B., quien además prioriza la realización de estudios genéticos para determinar el sexo de una persona:

Lo primero que te piden es hacer una constancia de nacimiento, hacer una partida, o sea que queda pendiente. Ni bien nace un chico extendemos una constancia de nacimiento que dice les queda pendiente hasta la determinación genética del sexo [...]. Hay que consultar a la medicina, sí, y ver qué es genéticamente lo define la genética por un montón de cosas, no hay vuelta (Comunicación personal, 13 de febrero de 2021).

De manera casi unánime, para las/os medicas/os que adhieren al modelo médico hegemónico las vivencias de género intersex no deben afectar la clasificación sexual binaria que se hace a nivel médico. Puede citarse como ejemplo el relato de A.D.:

Es muy complicado este tema, porque ahora con el tema de que los varones que se sienten mujeres o viceversa y todo eso es como que se arma mucho lío porque es como que se sienten discriminados en sus decisiones y todo eso. Como te digo, yo creo que hay que respetarlos a todos. Obviamente yo pienso que hay hombre y mujer, nada más, no hay otra (Comunicación personal, 15 de noviembre de 2020).

Por su parte, E. F. refirió que las vivencias de género no debían afectar las clasificaciones sexuales que se hacen a nivel médico “porque responden más a la pretensión de reivindicaciones que cada persona hace de sí misma [...]. Hablar de género es ambiguo e ideológico” (Comunicación personal, 10 de diciembre de 2020).

O.S. sostiene lo mismo al decir: “Hacé lo que quieras con tu cuerpo y forma de vida, pero los genitales internos lamentablemente nos van a indicar distintas especialidades (...). Es una cuestión biológica” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2021).

Una sola profesional dentro de este grupo contempló la posibilidad de que las vivencias de género afecten la clasificación sexual binaria. Sin embargo, en su respuesta se manifiesta que

para ella las personas intersex son un híbrido, y que dicha situación les generará malestar, todo lo cual impide afirmar que sus palabras reflejan una clara ruptura con la concepción binaria del sexo. Así lo manifestó:

Como soy mente abierta, si la clasificación es otra habrá que aceptarla. Igual te digo que pobre gente no querría estar metida en sus zapatos, porque serían un híbrido digamos. Al no haber modificado su sexo no están en ningún lado. También es una situación horrible para esos pacientes. Esos individuos la deben pasar mal. Supongo que la deben pasar muy mal, siendo adultos (T. F., comunicación personal, 13 de enero 2021).

En base a lo expuesto, puede observarse cómo en las respuestas detalladas hasta aquí parece predominar el imaginario según el cual la naturaleza sexual de las personas es binaria y, a su vez, dicha verdad sólo puede confirmarse a través del saber médico. Así, pues, queda demostrado cómo el modelo médico hegemónico guía u orienta el discurso de las/os profesionales entrevistados/as.

Finalmente, y dentro de este conjunto de profesionales -los que adhieren al modelo médico hegemónico- resulta relevante analizar el relato de D. L. quien, por un lado, parece admitir las otras posibilidades sexuales -además de la binaria- pero, a su vez, parece comprender estas variantes dentro de lo patológico:

Yo creo que se podría incluir un tercer ítem que diga que es algo indefinido o un otro y, en todo caso que se aclare qué es, porque vos tenés el XX que es mujer, el XY que es varón, pero después tenés síndromes como por ejemplo XXX, como XXY, tenés trisomías (porque son trisomías) y vos te podés preguntar qué es un XXY, porque tiene X y tiene Y, pero tiene una X que le sobra, entonces qué es, es varón o es mujer?, y no sé, es un síndrome, un síndrome de tanto...entonces sí, tenés una tercera línea.[...]

obviamente [...] hay que ir a los libros de medicina, ver cuáles son estos síndromes raros, que cada tanto se presenta alguno, y a partir de ahí definir legalmente todo lo que quieras: si se opera, si no se opera, que título le ponemos. Pero obviamente sí, tenemos que ir a la genética, hay que hablar con genetistas, con gente que sepa de eso (Comunicación personal, 5 de febrero de 2021).

La médica en cuestión parecería consignar que puede haber más de dos posibilidades sexuales. A su vez, entiende que la determinación de esas posibilidades depende del saber médico. Por ello emerge una postura que, en una primera instancia, parecería cuestionar la clasificación sexual clásica (binaria), pero no el saber médico como discurso de verdad (Foucault, 2007) y hegemónico (Maglio, 2014; Alcántara, 2013; Cabral et al., 2009; Menéndez, 1988).

Conviene reparar en el hecho de que la profesional utiliza la variable síndrome para las posibilidades no binarias y parece establecer ciertas mediaciones respecto de los sexos que no serían síndromes. Desde los aportes de Canguilhem (1971) y Caponi (1997) vistos en el apartado 2.2 del marco teórico, este lenguaje puede ser explicado a partir de la noción de normalidad como estándar y lo patológico como desviación de dicho estándar mediante el cual la medicina analiza a los cuerpos. De esta manera, mientras que las variantes mujer/varón serían consideradas normales, las desviaciones genéticas -en ese relato- de dicho estándar, nombrados como síndromes, serían patologías. Así, pues, del relato examinado parecería emerger que un cuerpo intersexual no goza del mismo estatus de normalidad que un sexo de mujer o de varón.

Retomando el análisis de las otras respuestas sobre el punto bajo estudio, puede decirse que se observa cierta continuidad entre la adscripción a una lógica de la diferencia sexual, con el modelo médico hegemónico como discurso de verdad (Menéndez, 1988, Foucault, 2007). En este sentido, todas/os las/os profesionales que priorizaron el saber médico a la hora de

establecer las clasificaciones sexuales de las personas también postularon que estos son dos: el de mujer y el de varón.

A continuación, se analizan los testimonios de las/os médicas/os que, a diferencia del grupo anterior, presentan cierto distanciamiento del modelo médico hegemónico como productor de verdad en la medida que contemplan la posibilidad de que otros saberes, además del médico, establezcan criterios de clasificación sexual de las personas.

En algunas de estas respuestas aparece con relativa claridad la idea según la cual los criterios de registración legal pueden ser distintos a los criterios médicos de clasificación sexual, tal como puede observarse en el caso de J. M.: “Me parece que la medicina cuida personas, estudia patologías y a lo sumo lo psicológico, pero no me parece que la medicina le tiene que decir a la justicia o a la sociedad cómo tiene que ver las cosas” (Comunicación personal, 26 de febrero de 2021).

De manera similar, M. T., luego de manifestar que tanto la dimensión legal como la dimensión médica son independientes, expresó: “A mí no me importa cómo esté la persona registrada legalmente”, e hizo referencia a la importancia de poder determinar la probabilidad de que una persona vaya a tener, o no, cierta patología: “Desde el punto de vista médico uno tiene más herramientas para determinar si un paciente va a tener más o menos riesgo, si va a tener o no una patología, y no me parece que eso pueda ser influenciado por lo legal” (Comunicación personal, 15 de febrero 2021).

En otros testimonios emerge cierta interdependencia entre el saber médico asociado a lo biológico, y el saber legal, entendido como la clasificación sexual de las personas que puede hacerse a nivel legal.

Así, N. P. afirmó que tanto los criterios médicos deberían influenciar a los legales, como los legales a los médicos, tal como se muestra a continuación: “Yo creo que tanto lo legal como lo

médico está mutuamente implicados”. Y agregó que la medicina define la realidad biológica, mientras que a nivel legal se debe contemplar la identidad de género del paciente, tal y “como está aclarado en la partida de defunción, que dice sexualidad y género, detallado varón o mujer, un otro y aclara eso de otro, así ser más inclusivo” (Comunicación personal, 10 de febrero de 2021).

En similar sentido, L. C. refirió: “Si vos estás hablando de que una persona es genéticamente de una forma, legalmente sea registrada de una forma, o que psicológicamente o socialmente se sienta de otra, no es...ninguno tiene una verdad absoluta, sino que deberían ser complementarias” (Comunicación personal, 27 de febrero de 2021).

Tanto en el testimonio de N.P. como en el de L.C., la clasificación binaria que se hace desde el modelo médico hegemónico (Alcántara, 2013; Lavigne, 2009; Menéndez 1988) no es cuestionada. Sin embargo, y tal como se dijera, también se observa que no consideran que el saber médico deba determinar las clasificaciones registrales de las personas, en este punto se alejan del MMH referenciado.

Resulta interesante destacar que todas/os las/os profesionales de la salud que aceptaron la posibilidad de que otros saberes (en este caso el legal), además del médico, establezcan pautas de clasificación sexual de las personas, luego de haber sido preguntadas/os sobre la posibilidad de que las vivencias de género intersexuales afectasen la clasificación sexual binaria que se hace a nivel médico, en términos generales manifestaron que estas vivencias sí deberían afectar la clasificación sexual binaria que se hace desde el saber médico. Ello se desprende, por ejemplo, de la respuesta de N.P.:

Sí, obviamente, [...] en este momento estamos en la transición y lo que pone en relevancia esto es la dificultad de algunas personas, primero, de que expresen el conflicto de no poder sentirse de una forma u otra; en segundo lugar, una sociedad que

escucha que la persona no se siente como uno o como otro; tercero pone de manifiesto la limitación de tener una justificación binaria y pone de manifiesto que eso caducó (Comunicación personal, 10 de febrero de 2021).

Por su parte, M. B. parece postular la necesidad de pensar una solución para las personas que hoy día no están incluidas dentro de las categorías sexuales binarias. Entiende que la opción de registrar un tercer sexo podría ser estigmatizante por la forma en que está organizada la sociedad, y a la vez, entiende que la mayoría de las personas no estaría de acuerdo con que no se registren los sexos de las personas:

El tema es que estamos acostumbrados a decir si es hombre o mujer, lo que pasa que al ser tan pocos [...], pero imagino que se sentirán sin identidad, ¿Cómo manejar esto? Porque la mayoría de la población no estaría de acuerdo que no haya sexo, pero... ¿Cómo haces con estas personas? Porque si [las registran con] un tercer [sexo] le estás diciendo “sos distinta a todo el resto de las personas” (Comunicación personal, 26 de febrero de 2021).

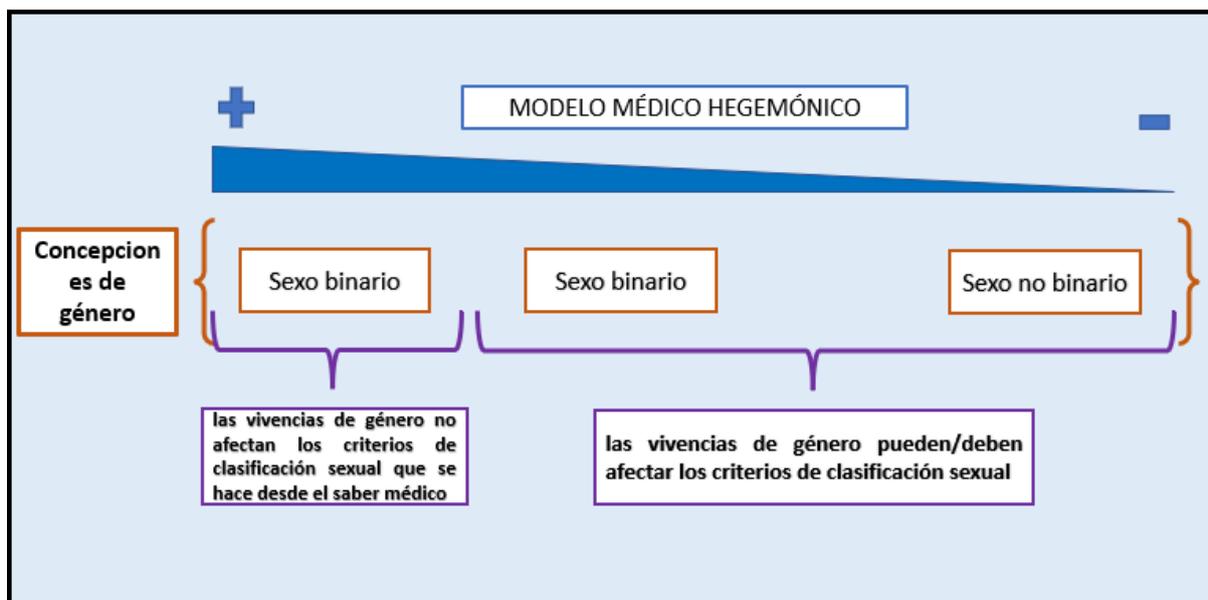
Visibilizado estas mismas cuestiones, M. L. propuso: “Que no haya sexo directamente. [...] No es necesario desde el punto de vista de género. Si somos todos iguales con los mismos derechos, el sexo no debería influenciar en nada” (M.L., Comunicación personal, 02 de febrero de 2021).

Como se dijera anteriormente, en estas respuestas se evidencia cierta ruptura con el modelo médico hegemónico en la medida que afirman que la autonomía de la voluntad de la persona intesex (dimensión psico-social), puede o incluso deberían afectar la clasificación sexual binaria que se hace a nivel médico.

Teniendo en cuenta lo dicho, en aquellos testimonios en los cuales parece emerger el imaginario según el cual a nivel biológico son dos los sexos posibles -tal y como parece

desprenderse en las respuestas de N.P. y L.C.-, es posible identificar una tensión entre esta postura binaria y la posibilidad de que el sexo biológico sea reconfigurado en función de vivencias de género que no se circunscriben dentro de esta lógica. Esto se deduce del hecho de que al ser preguntadas/os sobre si las vivencias de género intersexual deberían afectar la clasificación binaria que se hace a nivel médico, respondieron de manera afirmativa. Los posicionamientos descriptos pueden resumirse en la siguiente figura:

Figura 15. Las vivencias de género frente al discurso médico



Fuente: elaboración propia

En resumen, y en base a la información detallada a lo largo de este apartado, se pudo explorar cómo algunos imaginarios médicos adscriben al modelo médico hegemónico en la medida que consideran que el saber médico se presenta como excluyente a la hora de establecer criterios de clasificación sexual. Para estas/os profesionales, tanto los criterios de registración legal

como las vivencias de género no binarias no han de interferir en la clasificación binaria que se hace a nivel médico.

Otras/os profesionales que se alejan de este modelo médico, además de aceptar registraciones no binarias del sexo, entienden que las vivencias de género intersex deben ser tenidas en cuenta por el saber médico al momento de pensar cuáles son los criterios de clasificación sexual.

Es dable mencionar la posición de algunas/os pocas/os profesionales que, además de plantear que se deberían pensar alternativas a la clasificación sexual binaria (tanto a nivel médico como a nivel registral), afirmaron que incluir a lo no binario como una tercera categoría podría resultar estigmatizante, tal y como lo expresan algunas organizaciones intersex (Inter, 2015) y, a su vez, proponen como solución la no clasificación sexual de las personas. Esto coincide con las críticas que hacen autoras como Lamm (2018) respecto del sexo legal.

Reflexiones finales

Con el presente trabajo de investigación se buscó dar cuenta de los significados que profesionales argentinas/os de diferentes especialidades médicas (n=21) poseen en torno a la intersexualidad, así como los presupuestos teóricos y axiológicos que sustentan esas ideas y creencias. Para ello se adoptó un enfoque cualitativo, desde el cual se priorizó el punto de vista de las personas participantes.

La entrevista semiestructurada en profundidad usada como instrumento de recolección de datos permitió indagar en las experiencias, creencias, percepciones y vivencias de las y los profesionales sobre el tema en cuestión, que se abordaron desde un enfoque bioético y luego de una exhaustiva revisión bibliográfica que permitió aproximarse al discurso de las y los participantes con suficiente profundidad y examen crítico.

Este trabajo de investigación ha presentado interesantes retos, especialmente a la hora de realizar el trabajo de campo. Por un lado, el contexto epidemiológico mundial en el que este debió realizarse ha constituido un desafío muy importante. La virtualidad aportó flexibilidad en orden a la coordinación de entrevistas, las cuales se realizaron desde diferentes lugares, en días y horarios que de manera presencial no hubiera sido posible. Vale decir aquí que la emergencia sanitaria frustró la realización de muchas de las entrevistas pactadas, aunque esta dificultad pudo ser superada a partir de la utilización del método de muestreo en cadena o bola de nieve.

Por otro lado, resulta pertinente destacar que también constituyó un desafío para la concreción de las entrevistas superar la resistencia que generaba la temática, es decir, en muchos casos se explicitó falta de conocimiento en el tema o bien renuencia a participar de la investigación atento a la percepción que tuvieron muchas de las personas contactadas, quienes pensaban la intersexualidad como un tema difícil de abordar.

Para superar ese inconveniente se dio preponderancia a la comunicación asertiva y efectiva en la instancia de coordinación de entrevistas, para despejar ciertos miedos e inquietudes detectados en algunas/os profesionales. A pesar de estas dificultades mencionadas, se pudo lograr la realización de las entrevistas en un clima que permitió que las personas, en términos generales, accedieran a participar y compartir sus opiniones y vivencias.

Resultaron de suma utilidad las matrices de análisis que pueden encontrarse en el capítulo 2 sobre metodología, cuyo diseño permitió simplificar y sistematizar la información recogida en las veintiuna entrevistas realizadas.

En particular, se exploraron imaginarios de las/os profesionales en torno a la salud e intersexualidad, los criterios médicos que emergen a partir de sus relatos frente a la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica de una persona recién nacida que presenta un estado intersexual a nivel genital y, por último, se describieron los significados que emergieron frente a la clasificación sexual de las personas en relación con la intersexualidad.

Sobre la relación entre salud e intersexualidad se encontró que, en términos generales, las/os profesionales entrevistadas/os consideraron que la variación intersexual no era un problema de salud en sí mismo, pero que podría estar asociada a algún problema de salud. Para explicar esto, algunas/os médicos se centraron en la dimensión biológica de la salud y manifestaron que la intersexualidad podría traer aparejada alguna falla orgánica. Otras/os, en cambio, centraron sus respuestas en la dimensión subjetiva y/o social de la salud y refirieron que los problemas aparejados a la intersexualidad podrían estar relacionados con las vivencias de la persona paciente, ya sea a nivel psíquico o en su interacción con el entorno social.

Este segundo grupo de respuestas representan un cierto alejamiento respecto del paradigma médico según el cual la intersexualidad es una patología.

Tal alejamiento debe ser interpretado con cautela, en la medida que del testimonio de algunas/os profesionales parecería que la intersexualidad no tiene el mismo status de normalidad que al sexo binario.

Respecto de los criterios médicos que emplearían frente a un caso hipotético de una persona recién nacida intersex donde se presenta la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica a nivel genital, hubo divergencia de criterios sobre la práctica médica que sería recomendable. Así, para algunas/os médicas/os sería recomendable operar lo antes posible y, para definir si dicha operación debía ser feminizante o masculinizante, deberían realizarse estudios genéticos o cromosómicos. Para otras/os profesionales que también entienden que debería realizarse una operación quirúrgica, a diferencia de las/os anteriores, sería aconsejable observar si la persona paciente se comporta como niña o como niño y, luego, operar en consecuencia.

Como puede observarse, ambos criterios médicos pueden traducirse en una lógica de la diferencia sexual, en la medida que se propone recontextualizar un cuerpo intersexual dentro de una lógica binaria. Luego, como se dijera, se observa que para resolver si la operación será feminizante o masculinizante algunas/os médicos se centraron en una dimensión biológica, mientras que otras/os en una dimensión social, en la medida que tiene en cuenta el comportamiento masculino o femenino que adopta la persona en su entorno inmediato.

Tanto quienes expresaron una u otra postura, en términos generales, resaltaron la importancia de que la familia sea quien tome la decisión final sobre la realización de la operación. Estos posicionamientos muestran un alejamiento de aquellas prácticas médicas a partir de las cuales la intersexualidad debe ser tratada como una urgencia, independientemente de que exista riesgo de vida.

Ahora bien, resulta interesante destacar en esta instancia la íntima relación entre la forma de comunicar la situación por parte de las personas profesionales de la salud y la decisión que es

adoptada por la familia en consecuencia. Con lo cual, los criterios antes vertidos cobran particular relevancia, aun cuando sea la familia de la persona paciente la que decida si se realiza o no la operación y en qué momento.

Finalmente, se encuentra el grupo de profesionales que no recomiendan una intervención quirúrgica como primera opción. Aquí se hallaron voces que abogaron por postergar la operación de adecuación sexual hasta que la persona paciente sea capaz de decidir al respecto.

En la medida que la sexualidad de un cuerpo es delegada a la propia persona paciente, en estas respuestas se evidencia el respeto de su autonomía y en cierta forma son compatibles con la concepción según la cual el sexo y su materialidad depende de factores sociales. Reforzando este criterio, algunas/os profesionales han manifestado de manera expresa que el sexo de una persona depende de cuestiones psicológicas y sociales, y no médicas.

Respecto de los significados que emergieron frente a la clasificación sexual de las personas, en relación con la intersexualidad pudo observarse una relación entre la matriz heteronormativa y el modelo médico hegemónico. En este sentido, para algunas/os médicas/os sólo hay dos sexos posibles y estos son determinados a nivel médico. Esta asociación entre el saber médico que determina la clasificación sexual no parece dar cuenta de las discusiones que se dan en torno a otras clasificaciones sexuales que no sean mujer -varón, sí presentes en el saber científico-académico, tal como se describió en el marco teórico.

Por otro lado, se encontraron respuestas que se alejan del modelo médico hegemónico, en la medida que aceptan otros criterios, además de los médicos, para establecer la clasificación de los sexos posibles. En estos relatos se encontró una coincidencia en postular que las vivencias de las personas que se perciben con un género intersexual debería influenciar los criterios médicos de clasificación sexual.

A partir de esas respuestas se puede inferir cómo estas/os profesionales toman en consideración la dimensión social del sexo, lo cual implica un distanciamiento con la lógica de la diferencia sexual. Sin embargo, es relevante aclarar que el discurso de algunas/os de esas/os profesionales sugería que, a nivel biológico, habría sólo dos sexos posibles, con lo cual se observa una tensión entre la postura binaria manifestada precedentemente acerca del sexo biológico, y la posibilidad de que dicho sexo biológico (y binario) sea reconfigurado en función de vivencias de género que no se circunscriben dentro de esta lógica.

En base a lo manifestado, entonces, es posible afirmar que para algunas/os médicos la intersexualidad no puede ser vista como una posibilidad sexual más. Para otras/os médicas/os, en cambio, la lógica de la diferencia sexual debe replantearse. Por otro lado, se encontraron relatos que, si bien aceptan replantear la clasificación sexual binaria, a su vez, no parecen atribuirle a la intersexualidad el mismo estatus de normalidad que el sexo de mujer o el sexo de varón.

Entender estos imaginarios, percepciones y significados a través de los relatos de las/os médicas/os entrevistadas/os, permitió obtener un conocimiento más profundo sobre los criterios que podrían orientar la praxis médica en torno a la realidad de las personas que presentan un estado intersexual. Estas reflexiones permiten dar cuenta de la relación que existe entre distintos criterios médicos, a favor o en contra de determinados abordajes en torno a la intersexualidad, en relación con normativas dominantes que se presentan en la cultura, tales como la matriz heteronormativa y el modelo médico hegemónico.

En este punto resulta interesante mencionar que, a lo largo del análisis de los datos producidos en el trabajo de campo fueron emergiendo interrogantes que ameritan ser considerados y profundizados a modo de futuras líneas de investigación.

Estas preguntas podrían girar en torno a la formación académica de profesionales de la salud: ¿Cuál es el contenido académico en materia de bioética de las carreras de medicina de cara al abordaje de la intersexualidad? ¿Cuál es el contenido en materia de bioética que debería estar presente en la carrera de medicina para el abordaje integral de la intersexualidad a nivel profesional?

Ahora bien, es imposible soslayar un hecho ocurrido en nuestro país a propósito del tema abordado en este trabajo. Argentina se convirtió desde el 21 de Julio de 2021 en el primer país de América Latina que reconoce identidades no binarias, a través de la incorporación de la nomenclatura “X” en el Documento Nacional de Identidad (DNI) como opción. Por un lado, esto genera que aquellas preguntas que se hicieron de manera hipotética, evocando normativa internacional, cobren un sentido eminentemente práctico, al ser una nueva posibilidad registral en Argentina (Carbajal, 2021).

Por otro lado, este hecho indudablemente genera nuevos interrogantes en torno a la temática, como, por ejemplo: ¿Constituye esta nueva opción registral una ruptura con el binarismo de género?; ¿Las personas intersexuales son identificadas como sujetos de derecho? Y en relación con esta última pregunta: ¿La adecuación genital intersex es una práctica legal y ética, cuando se realiza por cuestiones cosméticas?

Pensando sobre el impacto de esta nueva norma en el mundo médico, también podría ser interesante investigar: ¿Cómo interpela esta nueva posibilidad registral a profesionales de la salud?; ¿Cómo incide esta nueva posibilidad registral en la tradicional clasificación de patologías que se hacen desde una mirada binaria de género?

Describir los principales hallazgos, así como las preguntas que han emergido en el proceso de recolección y análisis de datos se propone aportar conocimiento a la relación entre la intersexualidad y la praxis médica, a la luz de la bioética.

En efecto, desde el punto de vista bioético es importante el estudio del discurso de profesionales de la salud porque permite reconocer hasta qué punto el saber médico resulta normativo, condiciona y regula el modo de concebir y abordar la variación intersexual en el ámbito de la salud, y más en general, las cuestiones de género.

Fundamentalmente, esta investigación ha intentado aportar valor en el campo teórico y práctico de la bioética, toda vez que se ha problematizado el saber médico sobre la intersexualidad para desandar las creencias y subjetividades subyacentes en profesionales de la salud frente a un tema complejo sobre el que muchas/os de estas/os profesionales han manifestado cierto desconocimiento así como también han resaltado la importancia de una formación de base que arroje claridad sobre estos temas, y por el cual fueron convocados e interpelados en este trabajo de investigación.

Bibliografía

- Alcántara, E. (2013). Identidad sexual / rol de género. *Debate Feminista*, 47, 172-201.
<http://www.jstor.org/stable/43832471>
- Alcántara, E. (2012). *Llamado intersexual. Discursos, prácticas y sujetos en México*. [Tesis Doctoral. Universidad Autónoma Metropolitana].
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/1663>
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, vol. XXXV, 13-26. <https://www.redalyc.org/pdf/3400/340042261002.pdf>
- Aoi, H. (3 de febrero de 2017) *¿Qué tan común es la intersexualidad?*
<https://vivirintersex.org/2017/02/03/que-tan-comun-es-la-intersexualidad/>
- Battaglini, V. L. (2019). Intersexualidad: un análisis crítico de las representaciones socioculturales hegemónicas de los cuerpos y las identidades. *Methaodos Revista de Ciencias Sociales*, Vol.7 N°1 p. 41-54. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.275>
- BBC (19 de agosto de 2013). Alemania introduce un "tercer género" legal para recién nacidos. *BBC Mundo*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130819_alemania_tercer_genero_nm
- Bernal, S. (2011). Estados intersexuales en menores de edad: Los principios de autonomía y beneficencia. *Revista de Derecho* 36, 53-86.
<https://www.redalyc.org/pdf/851/85120754005.pdf>
- Butler, J. (2020). *El género en disputa*. Editorial Paidós
- Butler, J. (2006a). *Deshacer el género*. Editorial Paidós.
- Butler, J. (2006b). Regulaciones de género. *La ventana revista de estudios de género*, 3(23), 7-36.
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362006000100007&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362006000100007&lng=es&tlng=es)

- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Editorial Paidós.
- Cabral, M.; Inter, L...; González; Bauer, M. y Truffer, D. [compiladores]. (2018). *Mutilación Genital Intersex Violaciones de los derechos humanos de los niños con variaciones de la anatomía sexual*. Informe de ONG (por período de sesiones) del 5to y 6to Informe Periódico de Argentina sobre la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). <http://bcn.cl/2o7dk>
- Cabral, M. (Ed). 2009. *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Anarres Editorial.
- Cabral, M., y Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Debate Feminista*, 47, 31-47. <https://www.jstor.org/stable/43832464>
- Cabrera Trujillo, L (2015). Salud pública: hacia el mejoramiento humano social. *Perspectivas Bioéticas*, (30), 123-141. <http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/48>
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Cano Abadía, M. (2015). Nuevos materialismos: hacia feminismos no dualistas, *Oxímora* nº 7, 34-47. <https://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/14416>
- Cantore, L. (2016). Igualdad de los cariotipos. *Revista Científica, Número Especial Estudios de Género*, Vol. 20, N°1 129 – 179. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4040/Igualdad_Cantore.pdf?sequence=1
- Caponi S. (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*. 6 (2): 149-61. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/363/383>
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4 (2), 287-307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>

- Carbajal, M. (31 de Julio 2021) Identidad de género: habrá DNI para personas no binarias. *Página 12*.
<https://www.pagina12.com.ar/356212-identidad-de-genero-habra-dni-para-personas-no-binarias>
- Casado, M. (2016). Bioética y Derechos Humanos: sobre la bioética como herramienta para la Democracia. *Ius et veritas*, (53), 172-180. <https://doi.org/10.18800/iusetveritas.201701.010>
- Chase, C., Bachiller, C. R., Dauder, S. G., y Martínez, C. B. (2013). Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual. *Debate feminista*, 47, 48-75.
<https://www.jstor.org/stable/43832465>
- Childress, J. F. *El lugar de la autonomía en la bioética*. en Luna, F., & Salles, A (2008) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Clavel, A. (2018). Dos cuerpos del deseo. *Revista iMex* 13: 18-22. <https://d-nb.info/1153847930/34>
- Collantes Sánchez, B. M., & Alonso, M. E. (2012). La necesidad de la apertura del ordenamiento jurídico a nuevas “personas-sujetos” de derecho. Carencias de la lógica binaria en el derecho. *Más igualdad, redes para la igualdad: Congreso Internacional de la Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres (AUDEM)*, p. 211-219. <https://idus.us.es/handle/11441/54266>
- CIDH (26 de octubre de 2018a). *CIDH llama a visibilizar y combatir discriminación y violencia contra personas intersex*. Comunicado de Prensa No. 227/19.
<https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/227.asp>
- CIDH (7 de diciembre de 2018b). *Avances y desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas*. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. 12 de noviembre 2015. Relatoría de Derechos LGTBI.
<http://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

- Comité contra la Tortura de Naciones Unidas. (2011). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 19 de la Convención. Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Alemania* 47º período de sesiones 31 de octubre a 25 de noviembre de 2011. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8685.pdf?view=1>
- Costa M. B. *El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad*, en Luna, F., y Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Del Valle, M., Díaz Zorita, M. I., Stepansky, N., García Barthe, M., Rodríguez, M. C., Sánchez, M. D. P., ... y Chamorro, G. (2015). Reflexiones del Comité de Bioética de un hospital pediátrico sobre las implicancias del diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo sexual. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(3), 260-264. <http://confar.org.ar/wp1/wp-content/uploads/2019/05/DSD-ARCHIVOS-PDF.pdf>
- Descartes, R. (2009). *Discurso del método*. Ediciones Colihue
- Descartes, R. (1997). *Meditaciones metafísicas*. Gredos.
- Díaz Jatuf, J. (2017). *Necesidades de Información en la comunidad GLTTIBQ (gay, lesbica, transexual, travesti, intersexual, bisexual, queer)*. [Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires]. <http://eprints.rclis.org/31482/>
- Díaz, A. (2009). Medicina, biotecnopolítica y bioética: de la anatomía a la autonomía. *EA journal*, Vol. 1 (2), 1 - 35 <http://www.ea-journal.com/art1.2/Medicina-biotecnopolitica-y-bioetica.pdf>
- Díaz, E. (2002). *La crisis del paradigma anatómico-clínico: de las metáforas de la enfermedad*. En G. Cely (Ed.). *Dilemas Bioéticos Contemporáneos*. 3R Editores
- Durand, G. (1971). *La imaginación simbólica*. Amorrortu Editores.
- Duranti, R. (2011). *Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento189.pdf>

- Emanuel E. & Emanuel L. (1999). *Cuatro modelos de la relación médico paciente. Bioética para clínicos* Vol. 13, 109 – 126. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=325490&pid=S1137-6627200600060000200018&lng=es
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Editorial Melusina, S.L.
- Fausto-Sterling, A. (2000). The Five Sex. Revised. *The Sciences*, 40 (4), 18-23. http://www2.kobe-u.ac.jp/~alexroni/IPD%202015%20readings/IPD%202015_4/FAUSTO_STERLING-2000-The_Sciences%205%20sexes%20revisited.pdf
- Fausto-Sterling, A. (1998). Los cinco sexos. *Transexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*, 16, 79-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6106789>
- Flor, N. G. (2016). *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona*. Ayuntamiento de Barcelona. <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb361bdd7290162a980af620429>
- Flor N. G. (2015). Encuentros y des-encuentros en torno a las intersexualidades/DSD: narrativas, procesos y emergencias. [Tesis Doctoral. Universidad de Valencia]. <https://core.ac.uk/download/pdf/71050991.pdf>
- Flor, N. G. (2006). Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 1 (1), 103-124. <https://www.redalyc.org/pdf/623/62310108.pdf>
- Flores, R. A. R., Rodríguez, J. M. M., & Ortiz, C. A. L. (Eds.). (2019). *Epistemología de la salud: perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Foucault (1997). Historia de la medicalización. *Educación Medicina y Salud. Vol. 11, No. 1*. En Organización Panamericana de Salud (1978). *Medicina e Historia: El pensamiento de Michel*

Foucault.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Tusquets.

https://monoskop.org/images/6/62/Foucault_Michel_El_orden_del_discurso_1992.pdf

Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2007). *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Talasa Ediciones S.L.

Galperin G. (s/f). *Intersexualidad: reflexiones históricas, políticas y sociales desde una perspectiva crítico filosófica actual*. Universidad de Buenos Aires.

<https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/73262>

Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundación Víctor Grífols i Lucas.

<https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/30-the-ethic-of-care>

Habermas, J. (2002). *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?* Editorial Paidós.

Hadid, L. (2019). *El discurso biomédico sobre determinación sexual entre 1990 y 2015*. [Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Rosario]. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RepHipUNR_394bbb8b68d0b0ae7d20eb0d703009a3

Hadid, L. (2018). La genética en el discurso biomédico contemporáneo sobre determinación sexual. Nuevas tecnologías ¿Viejos relatos? *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 12, núm.12, 135 - 145. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/277>

Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra S.A.

- Hardwin, J. *¿Y la familia?* en Luna, F., & Salles, A. (1998). *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Editorial Sudamericana S.A.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta Edición. México D.F.: Sampieri. McGraw-Hill/ Interamericana Editores S.A.
- Hottois G. (2007) *¿Qué es la bioética?* Universidad del Bosque.
- Hottois, G. (1991). *El paradigma bioético: una ética para la tecnociencia*. Anthropos Editorial.
- Huffington Post (2 de abril de 2014). *Australia reconoce el tercer sexo en los registros civiles*.
https://www.huffingtonpost.es/2014/04/02/australia-tercer-sexo_n_5075389.html
- INADI (2021). *Igualdad, equidad y no discriminación: claves para una sociedad más justa y equitativa*. Jefatura de Gabinete de Ministros
- INADI (2016). *Intersexualidad*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.
- Inter, L. (21 de enero de 2015). *Declaración pública del tercer foro intersex internacional*.
<https://brujulaintersexual.org/2015/01/21/declaracion-publica-del-tercer-foro-intersex-internacional/>
- Kant, I. (2004). *¿Qué es la Ilustración?* Alianza Editorial.
- Lamm, E. (2018). Identidad de género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica. *Actualidad jurídica iberoamericana* N 8, 230 – 278.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369284>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra.
- Lavigne, L. (2009). La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes. En Cabral, M. (comp.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano* (51-70). Córdoba: Anarres Editorial.

- Luna, F. y Salles, A. (1998). *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Editorial Sudamericana S.A.
- Luna, F. y Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Maffía, D., Berkins, L., Cabral, M., Fernández-Guadaño, J., Fisher Pfaeffle, A., Giberti, E., ... y Soley-Beltran, P. (2003). *Sexualidades migrantes género y transgénero*. Feminaria Editora.
- Maglio, F. (2011). Medicalización como Instrumento del Modelo Médico Hegemónico. *Revista Hospital de Niños Buenos Aires diciembre 2011*; vol. 53, número 243. 232-234
<http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/Maglio-Medicalizacion.pdf>
- Maglio, F. (2014). Relación Médico Paciente en el Tercer Milenio. *Osteol*; 10(2), 115-118.
http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid38_maglio.pdf
- Martínez, A. (2011-2012). Los cuerpos del sistema sexo/género. Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología. Segunda época*, vol. 12: 127- 144.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf
- Mastroleo, I. (2013). Bioética y derechos humanos: sobre la representación intelectual del origen de la bioética. *Revista Veritas bioética*, 1 – 12. <https://philpapers.org/archive/MASBYD.pdf>
- Mendez, J. E. (2013). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Consejo de Derechos Humanos 22º período de sesiones, 1 de febrero de 2013. Asamblea General de Naciones Unidas.
https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, 451- 464.
<https://bit.ly/3GJITMT>

- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Universidad Nacional de Lanús. Salud Colectiva*, 16: e2615.1-25
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Ministerio Público Tutelar (2014). *Aportes para el cumplimiento de derechos humanos en la temática intersex*. <https://bit.ly/3FbJ2a8>
- Oliveira Reis de Paula, A. A. & Vieira M. M. R (2015). Intersexualidad: una clínica de la singularidad. *Revista Bioética* 23.1 70-79.
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/JcmwxdRL69L4h4jMRMB5Ybc/?lang=es>
- Organización de Estados Americanos, (26 de octubre de 2018). *CIDH llama a visibilizar y combatir discriminación y violencia contra personas intersex*. Comunicado de prensa N.º227/18, <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/227.asp>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización de Naciones Unidas (25 de septiembre de 2015). *Un paso de avance para la visibilidad de la intersexualidad y los derechos humanos*. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/Astepforwardforintersexvisibility.aspx>
- Parera, L. A., San Julián, C. A., Conde, J. B., de la Vega, J. A. B., Urquí, A. C., González, L. A. C., ... & Guerrero-Fernández, J. (2019). Anomalías del desarrollo sexual. Desarrollo sexual diferente. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019; 1:1-19.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_anoma.pdf
- Pelluchon, C. (2013). *La autonomía quebrada*. Universidad El Bosque
- Preciado, B. (2011). *Manifiesto contrasexual*. Anagrama
- Preciado, B. (2007). *Biopolítica del género*. Ají de Pollo

Real Academia Española (2020): *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed.

Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina, *113*, 190.1-59 Revolución. Madrid.

<https://museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/150121gaylerubin.pdf>

Sabio, M. F. & Quintana, M. M. (03 de Abril de 2019). *Los desafíos de la Bioética ante la intersexualidad. Análisis crítico de un documento*. Congreso Nacional de Filosofía 2019.

Universidad Nacional de Lanús. <https://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/4474>

Sabio M. F. (2014). *El cuidado, el consentimiento informado y l*s niñ*s intersexo*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/96.pdf>

Salles A. (2012). Reflexiones sobre la bioética y la biotecnología. *Revista Perspectivas Bioéticas*, (32), 81-95. <http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/65>

Salles, A. (2014). Las diferencias sexuales y la discusión neuroética. *Debate Feminista*, 49, 94-115.

<https://www.jstor.org/stable/44735241>

Sandine Machado, P., & Esparza, L. (2013). En los límites del género. Apuntes para una discusión acerca del sexo y el género ante los desafíos de la diversidad sexual. *Debate Feminista*, 47.22-

30 [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30065-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30065-2)

Santoro E. (17 de junio de 2021). *Mutilación y tortura de niñxs y bebés en la Argentina*. Página/12.

<https://www.pagina12.com.ar/229141-mutilacion-y-tortura-de-ninxs-y-bebes-en-la-argentina>

Siverino Bavio, P. (2015). *El derecho a la identidad: La ley de identidad de género y sus proyecciones*. Revista de Derecho Privado y Comunitario, 173-194

<https://biblioteca.justiciacordoba.gob.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=51306>

- Sousa Dias, G. (11 de enero de 2020). *Es intersexual y quiere terminar con las mutilaciones genitales: “Hay médicos que juegan a ser Dios”*. Infobae. <https://www.infobae.com/sociedad/2020/01/11/es-intersexual-y-quiere-terminar-con-las-mutilaciones-genitales-hay-medicos-que-juegan-a-ser-dios/>
- Stang Alva, M. F. (2019). La diversidad sexual y de género en censos y encuestas de América Latina: entre la invisibilidad y la lógica heteronormativa. *Revista Notas de Población* Vol. 46 N° 108. 221-243 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44683-la-diversidad-sexual-genero-censos-encuestas-america-latina-la-invisibilidad-la>
- Streuli, J. C.; Vayena, F.; Cavicchia-Balmer, Y.; Huber J. (2013). Shaping parents: impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development. *J Sex Med* Aug;10(8):1953-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23742202/>
- Subsecretaría de Comunicación y Contenidos de Difusión (2021). *Protocolos para la producción de contenidos*. Presidencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolos_para_la_produccion_de_contenidos.pdf
- Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, (49), 128-143. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-885X2014000200011&script=sci_abstract&tlng=es
- Thomasa, D. C., & Pellegrino, E. D. (2019). *Las virtudes en la práctica médica*. Universidad Francisco de Vitoria.
- Torroba, E. & Bertolé, C. (2017). Análisis crítico sobre la condición de las niñas y niños intersexuales en la ley 26.743. *Perspectivas de las Ciencias Económicas y Jurídicas* vol. 7, no 2. 29-32 <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/perspe/v07n2a02torroba.pdf>
- Vasilachis De Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial.

Vázquez, F. (2000). Teorías y principios normativos en bioética. *Revista Doxa*, Vol. 23.427-448

<https://doxa.ua.es/article/view/2000-n23-teorias-y-principios-normativos-en-bioetica>

Vázquez, F. (2013). Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual. *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, vol. 5: 76-102.

<http://constelaciones-rtc.net/article/view/817/871>

Velásquez Acevedo C., González Sánchez P., & Sarmiento Echeverri I. C. (2009). Principios y derechos involucrados en el análisis jurídico de los estados intersexuales en pacientes menores de edad en Colombia –El caso del hermafroditismo–. *Estudios De Derecho*, 64(144), 217-234.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/red/article/view/2533>