

Cuerpos ambiguos. Elementos para una genealogía de la intersexualidad

Francisco Vázquez García
Universidad de Cádiz
francisco.vazquez@uca.es

Resumen: Las nuevas leyes de identidad de género que están siendo aprobadas por distintos Estados del planeta tienden cada vez más a reconocer la posibilidad de un tercer género, no masculino ni femenino, en su registro civil. Esta fórmula, que rompe con el multiseccular sistema binario de los sexos hegemónico en Occidente, se contempla en relación con los derechos de las personas intersexuales. En este artículo se traza de manera esquemática la genealogía de este acontecimiento.

Palabras clave: intersexualidad, binarismo sexual, biopolítica, genealogía.

Abstract: New gender identity laws, approved by different states of the planet, increasingly tend to recognise the possibility of including a third gender, neither male nor female, on their civil registries. This formula, which breaks with the multi-secular binary system of the hegemonic sexes in the West, has been framed within the context of the rights of intersex people. This article outlines the genealogy of this event in a schematic way.

Keywords: intersexuality, sexual binarism, bio-politics, genealogy.

Introducción

En enero de 2003, tras varios meses de pugna con las autoridades gubernativas australianas, la activista intersexual Alex McFarlane, de cuarenta y ocho años, nacida con síndrome de Klinefelter, se convirtió en la primera persona del mundo con un pasaporte donde la identidad sexual estaba marcada con una X, esto es, no era reconocida ni como masculina ni como femenina. Este acontecimiento insólito no era un hecho aislado. Desde mediados de la década de los noventa, la combinación de distintos factores estaba llevando a cuestionar el método de tratamiento (denominado «protocolo Money» en homenaje a su inventor) que la comunidad médica había aceptado durante casi medio siglo, en relación con las personas nacidas con anatomías sexuales atípicas, y que obligaba a asignarles un género exclusivo de varón o de mujer.

Entre esos factores se contaba, en primer lugar, la aparición, inicialmente en Estados Unidos y más tarde en otros países, de un movimiento de activistas intersexuales. Esta iniciativa, combinada con la acción de los emergentes grupos de autoayuda, compuestos por pacientes y familiares, llevó a denunciar públicamente los estragos físicos y emocionales producidos por la cirugía de normalización genital, núcleo duro del protocolo entonces en vigor¹. Este trabajo de contestación se encontró reforzado por la creciente difusión, desde finales de la década de 1990, de estudios académicos procedentes del campo de las ciencias sociales y las humanidades. En ellos se mostraba que la normalización quirúrgica de los cuerpos sexualmente ambiguos no obedecía a razones científicas o terapéuticas, sino a prejuicios históricamente y culturalmente contingentes, ligados a la homofobia y a una representación idealizada y rígidamente dicotómica de los sexos². El intento de materializar

¹ Alison K. SPURGAS: «(Un)queering identity: the biosocial production of Intersex/DSD», en Morgan HOLMES (ed.): *Queer interventions: critical intersex*, Farnham, Ashgate, 2009, pp. 97-122.

² Alice Domurat DREGER: *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge, Harvard University Press, 1998; Suzanne J. KESSLER: *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1998; Alice Domurat DREGER (ed.): *Intersex in the age of Ethics*, Hagerstown, University Publishing Group, 1999,

este esquema en los cuerpos de los pacientes era la causa principal de sus sufrimientos.

Por último, hay que mencionar la controversia científica abierta por el doctor Milton Diamond. Este, junto a Keith Sigmundson, publicó en 1997 un artículo que ponía en evidencia las debilidades del protocolo en curso: las desastrosas consecuencias del error de diagnóstico cometido por Money en el caso de David Reimer y el papel crucial desempeñado por la impregnación hormonal del cerebro en los procesos de masculinización o feminización acontecidos durante el desarrollo embrionario. Las tesis ambientalistas de Money en relación con la génesis de la identidad sexual quedaban así en entredicho³.

Entre finales del siglo pasado y comienzos del actual empezaron a hacerse sentir los efectos de estas críticas. Surgieron los primeros disensos dentro de la comunidad científica; durante una reunión convocada por las principales sociedades pediátricas de Europa y Estados Unidos, celebrada en Chicago en 2005, se decidió aprobar un documento que inauguraba una nueva era en el tratamiento de las personas con anatomía sexual atípica. El texto, publicado en 2006 con el título de *Consensus Statement*, se redactó teniendo en cuenta el parecer de algunos de los militantes más destacados del movimiento intersexual. Sin embargo, la normalización quirúrgica de los genitales no era suprimida, aunque se prohibían o atenuaban algunas de sus formas más agresivas. Lo principal era que la decisión de operar o no se trasladaba a los padres, asesorados por el «consejo no directivo» de los especialistas. Se ponía mucho énfasis en la eliminación del estigma que caía sobre los pacientes, proponiendo para ello una nueva nomenclatura.

Los términos que connotaban la presencia de una identidad «monstruosa» o «anormal» («hermafroditas», «intersexuales») eran sustituidos por la rúbrica *disorders of sex development* (desarreglos del desarrollo sexual) que aludía, no a algo que se era, sino a un síndrome, un complejo de síntomas que la persona podía presentar. Se pasaba así de la esencia al accidente. Por otro lado, el trata-

y Anne FAUSTO-STERING: *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*, Nueva York, Basic Books, 2000.

³ Kenneth KIPNIS y Milton DIAMOND: «Pediatrics Ethics and the Surgical Assignment of Sex», en Alice Domurat DREGER (ed.): *Intersex in the age of Ethics*, Hagerstown, University Publishing Group, 1999, pp. 173-193.

miento era regido por las pautas del consentimiento informado y la transparencia, apuntando al bienestar del paciente y no a su sacrificio en pro de una norma social preestablecida⁴.

En fechas aún más recientes, el rechazo de la normalización quirúrgica no consentida o clínicamente injustificada, así como la posibilidad de asignar a los sujetos identidades no encuadradas en la división masculino/femenino se han ido acrecentando. Distintas organizaciones de derechos humanos, como el Alto Comisionado de la ONU, el Consejo de Europa o Amnistía Internacional, han asimilado la cirugía genital no consentida a delitos como la tortura o la mutilación. Por su parte, las legislaciones de Australia, Alemania, Malta, Nepal o la India, reconocen la opción de registrar al neonato en categorías distintas a las de hembra o de varón («sexo indeterminado», «neutro», «otros»)⁵.

Lo que indican estos acontecimientos, rápidamente evocados aquí, no es solo la aparición de un nuevo modo de pensar y de gobernar a los cuerpos genítalmente anómalos. Lo que se revela en esta amalgama de nuevos procedimientos legales, formas de activismo, discursos científicos, reflexiones éticas e intervenciones terapéuticas es un «régimen de verdad» o «problematización», por decirlo con términos foucaultianos, que desestabiliza la representación dicotómica de los sexos-géneros, esto es, que pone en tela de juicio una instancia plurisecular del pensamiento occidental.

¿Cómo intervenir sobre los cuerpos sexualmente ambiguos para hacerlos encajar en el molde de los dos sexos masculino o femenino, los únicos considerados como verdaderos en la órbita de los seres humanos? Esta es la problematización que hoy parece quedar en entredicho y cuya genealogía me gustaría trazar aquí⁶, aunque sea de un modo esquemático.

El nuevo régimen de verdad que se abre con el *Consensus Statement* de 2006 no representa solo la impugnación del método de

⁴ Ellen K. FEDER: *Making sense of Intersex. Changing ethical perspectives in biomedicine*, Bloomington, Indiana University Press, 2014, pp. 133-152.

⁵ Daniel GARCÍA LÓPEZ: «Estudio preliminar», en Pierre François MONET: *Sobre el derecho de los hermafroditas*, Madrid, Melusina, 2015, pp. 9-188.

⁶ Robert CASTEL: «“Problematization” as a mode of reading history», en Jane GOLDSTEIN (ed.): *Foucault and the writing of history*, Cambridge, Blackwell, 1994, pp. 237-252.

tratamiento establecido por John Money. No se trata de una nueva etapa en la problematización occidental de los cuerpos sexualmente ambiguos, sino que parece augurar la crisis misma de esa problematización. La historia, tal como va a ser invocada en mi exposición, no es un fin en sí misma. Lo que quiero estudiar es el presente que bulle bajo nuestros pies, pero que se nutre del pasado, sea para continuarlo o para distanciarse de él.

El «verdadero sexo» y la racionalidad gubernamental del liberalismo

Entre los siglos XVI y XVIII, aproximadamente, la identidad sexual de un sujeto —hembra o varón— no era afrontada como una realidad biológica, sino más bien como un atributo social, una convención necesaria para la reproducción del orden social vigente⁷. Es decir, tener uno u otro sexo era como pertenecer a un rango o estamento jerárquico determinado. Del mismo modo que se era noble o villano, se era varón o hembra; pertenecer a uno u otro orden llevaba aparejada la atribución de una serie de privilegios o prerrogativas. Del mismo modo que uno no podía llevar espada si no era noble, tampoco podía vestirse de varón si era mujer y viceversa, salvo en circunstancias excepcionales (teatro, mascaradas o concesión de venia extraordinaria por la autoridad eclesiástica).

Las revoluciones liberales de los siglos XVIII y XIX, como ha mostrado Thomas Laqueur⁸, dieron al traste con el viejo orden estamental, incluida la secuencia jerárquica de los sexos-rangos. Se estableció un sistema de soberanía democratizada donde hombres y mujeres aparecían nivelados dentro del estatuto de ciudadanía y de sus derechos reconocidos. Si ya no se podía considerar a las mujeres como una forma imperfecta de humanidad, ¿cómo podían entonces justificarse una división del trabajo, entre la esfera de la producción y la esfera de la reproducción, entre la fábrica y el hogar, que se estimaba indispensable para sostener el edificio de la naciente sociedad del capitalismo industrial?

⁷ Francisco VÁZQUEZ GARCÍA y Richard CLEMINSON: *Sexo, identidad y hermafroditas en el mundo ibérico, 1500-1800*, Madrid, Cátedra, 2018.

⁸ Thomas LAQUEUR: *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, París, Gallimard, 1992, pp. 221-238.

La solución consistió en reterritorializar las diferencias entre hombres y mujeres, presentándolas, no como distinciones verticales de rango, sino como divergencias horizontales, irreductibles y complementarias, situadas en el plano de la biología. La vida se especificaba en el pensamiento de la época, afrontándose como un espacio desacralizado e inmanente, un proceso regido por sus propias normas. El gobierno liberal de la Vida y de la Naturaleza consistía, no en imponerle desde afuera pesados reglamentos y ordenanzas (como sucedía aun en el Estado de policía típico del Despotismo Ilustrado), sino en apoyarse en esa normatividad y regulación interna de los procesos vitales⁹. Aplicado al ámbito de la identidad sexual y de género, esto significaba que las diferencias entre hembras y varones no venían dadas por el artificialismo de las instituciones sociales (como la Iglesia o la autoridad civil), sino por la propia Vida o Naturaleza en su misma legalidad interna. Esas diferencias estaban inscritas de partida en los organismos y en las funciones (en especial la sexual y la reproductiva, la «generación», como se decía en la época) que las propias estructuras orgánicas expresaban. Gobernar los sexos a partir de sus identidades diferenciadas y mutuamente inconmensurables consistía en obedecer, en dejar hacer (*laissez faire*) a la naturaleza, liberándola de los constreñimientos procedentes de la cultura y de las convenciones sociales.

Lo que sucedía es que en ocasiones nacían individuos cuya conformación anómala no permitía decidir a primera vista cuál era su verdadero sexo. Esto podía dar lugar a errores de identidad de graves consecuencias. Estas inobservancias o desviaciones debían ser corregidas, reconducidas a la norma del «sexo verdadero». En esos casos, la Administración contaba con un cuerpo de especialistas, los médicos forenses, una de cuyas obligaciones consistía precisamente en diagnosticar, en poner al descubierto el «verdadero sexo» en los casos dudosos.

Este ritual de nominación ejecutado por el médico, apuntaba a encauzar normativamente, a «normalizar», aquellos cuerpos que, en su apariencia, parecían contradecir el principio de un cuerpo,

⁹ Michel FOUCAULT: *Securité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, París, Gallimard, 2004, pp. 48-51, y Mitchell DEAN: *Governmentality. Power and rule in modern society*, Londres, Sage, 1999, pp. 121-122.

un sexo. Se trataba, *strictu sensu*, de un ejercicio disciplinario desempeñado por la profesión médico-legal, que a la vez que corregía, convertía al individuo concernido en un caso clínico y lo hacía entrar en un permanente registro documental. Pero la acción biomédica no consistía en crear nada, en manipular el organismo, sino exclusivamente en poner al descubierto su verdad profunda. Las únicas intervenciones quirúrgicas permitidas (por ejemplo, practicar incisiones que dejaban al descubierto los testículos disimulados bajo los síntomas de una hernia inguinal), eran las que sacaban a la luz lo que estaba oculto.

Los criterios y tecnologías que apuntaban al descubrimiento del verdadero sexo en estos casos dudosos, sufrieron importantes modificaciones a lo largo del siglo XIX. Entre 1800-1876, la medicina legal llegó a elaborar unas reglas básicas para diagnosticar el verdadero sexo a partir de la observación anatómica (examen morfológico de genitales internos y externos), de los caracteres secundarios (voz, pelo, pecho, estructura ósea) y de la interpretación psicológica (por ejemplo, de los gustos sexuales). El paradigma de estas reglas fue el forjado por el doctor francés Charles Chrétien Marc (1771-1840) en 1817¹⁰. Sus criterios permitían distinguir el verdadero sexo de los hipospádicos (la uretra no llega a cerrarse durante el desarrollo y permanece abierta en la base del pene) y de los criptórqidos (no descenso del paquete testicular), aunque seguía manteniendo muchos casos sin resolver. En 1876, el patólogo alemán Theodor A. Klebs (1834-1913) fijó un criterio más preciso. Establecía la definición gonadal del sexo, donde lo decisivo no era la inspección visual de la morfología genital, sino el escrutinio microscópico de los tejidos testiculares y ováricos. Comenzaba lo que la historiadora Alice Domurat Dreger ha denominado «la era de las gónadas»¹¹.

¹⁰ Charles Chrétien H. MARC: «Hermaphrodite», en *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, vol. XXI HEM-HUM, París, CLF Panckoucke, 1817, pp. 86-121.

¹¹ Alice Domurat DREGER: *Hermaphrodites...*, pp. 139-166.

El «verdadero género» y la biopolítica como gobierno social de las poblaciones

Esta «era de las gónadas», entendiendo a estas como el marcador biológico del verdadero sexo, comenzó a venirse abajo con la irrupción, hacia 1915, de la endocrinología¹². Desde la última década del siglo XIX, a medida que se ampliaba el repertorio de casos de supuesto hermafroditismo examinados por los especialistas, comenzaron a acumularse las anomalías que no podían resolverse apelando a la exploración microscópica del tejido gonadal. A esto se sumó, desde el primer decenio del siglo XX, el desarrollo de nuevas tecnologías (laparotomía, cirugía exploratoria, biopsias) que permitían examinar internamente el organismo vivo, a fin de confirmar el correspondiente sexo biológico. Casos como los de los «ovotestis» —sujetos en posesión de un testículo y un ovario o de tejidos mixtos en ambas gónadas— o los de personas con gónadas no funcionales —como los casos que hoy denominamos de «insensibilidad andrógena», con testículos de función masculinizadora inhibida— ponían en entredicho la operatividad del criterio gonádico.

Sin embargo, hasta la eclosión de la endocrinología, el estudio de las funciones glandulares, las secreciones internas y la química de las hormonas, no se constituyó un nuevo estilo de pensamiento que hiciera inteligibles, de un modo sistemático, tales anomalías. Dreger identifica el cambio hacia 1915, con la obra del británico William Blair Bell.

Lo principal de la contribución endocrinológica en el terreno de las identidades sexuales fue el tránsito de un modelo estático, morfológico, a un modelo dinámico, procesual, a la hora de entender la dualidad de los sexos. Los endocrinólogos venían a decir que la distinción entre hembras y varones no consistía en una estructura fijada de partida en el organismo. Se trataba en cambio de un proceso evolutivo de diferenciación sexual, iniciado en la vida del embrión y regido por las secreciones hormonales, partiendo de un estado de hermafroditismo originario. Las identidades sexuales, por tanto, no estaban dadas *ab initio*; eran el resultado de una dinámica

¹² *Ibid.*, pp. 157-166.

diferenciadora donde los restos del sexo opuesto (es decir, su composición hormonal), nunca desaparecían por completo. Por otro lado, este proceso admitía detenciones y retrocesos, lo que a partir de los trabajos del zoólogo Richard Goldschmidt, se conoció como «estados intersexuales».

Si la biopolítica liberal clásica ponía todo el énfasis en la normalización disciplinaria de lo anómalo, la nueva biopolítica que empezaba a insinuarse en la primera mitad del siglo XX integraba lo anómalo como un momento de la normalidad. Todos, en algún sentido, éramos intersexuales o hermafroditas en cierto grado; gobernar no consistía ya en prevenir y corregir las confusiones entre sexos dentro de una misma persona, sino en minimizarlas. Ya no se trataba de excluir el hermafroditismo o de reducir a norma lo desviado, sino de prevenir el riesgo actuando sobre el medio y sobre los propios organismos para que los seres humanos progresaran en la senda, nunca plenamente alcanzable, de la diferenciación sexual. En esta biopolítica que pretendía actuar sobre el entorno (mediante la educación de los sexos y la reforma social de las instituciones) y sobre el mismo sustrato físico (cirugía del sistema glandular) y químico (mediante tecnologías como la hormonoterapia) de los cuerpos, la identidad ya no era algo dado en la naturaleza; se trata de una instancia programable, susceptible de construcción artificial.

Esta biopolítica más «constructivista» que «esencialista», combinaba los procedimientos correctores, disciplinarios (como la cirugía glandular para corregir el estado intersexual) con los mecanismos de regulación (como las campañas educativas para la iniciación sexual de los jóvenes o para cambiar los patrones de convivencia matrimonial), otorgando cierta primacía a los segundos. Este proceso culminó a mediados del siglo XX, cuando el modelo endocrinológico, que todavía suponía un cierto *telos* o finalidad natural tendente a la diferenciación de los sexos, fue reemplazado por un modelo psicosocial que, inventando la categoría de «género», convertía a la identidad en una pura construcción por vía del aprendizaje familiar.

Este nuevo modelo psicosocial se identifica, como es sabido, con los trabajos de John Money (en colaboración con el matrimonio Hampson), publicados a partir de mediados de los años cin-

cuenta¹³. El celebrado psicólogo norteamericano nacido en Nueva Zelanda lideró, en la John Hopkins University, un equipo de investigación e intervención que actuaba sobre el supuesto de que la identidad sexual no estaba prefigurada biológicamente —ni en las gónadas ni en el proceso de desarrollo hormonal, ni en la dotación cromosómica—, sino que era, en lo fundamental, resultado del aprendizaje psicofamiliar; una tesis que Money sustentaba en planteamientos conductistas. Hasta los dieciocho o veinte meses de edad no se fijaba psíquicamente la identidad sexual del niño. En ese proceso que estabilizaba la «impronta» masculina o femenina eran cruciales las imágenes que se le transmitían de sus propios genitales. Dado que el desarrollo psíquico saludable dentro de una sociedad exigía, según Money y sus colaboradores, la asignación de un sexo exclusivo de varón o de hembra, el neonato que poseía una conformación genital dudosa («neonato intersexo»), constituía una verdadera «emergencia social», pues entronizaba el riesgo de un individuo «inadaptado» y de una familia «desestructurada» por el impacto del acontecimiento¹⁴. Era entonces imprescindible someterlo a una cirugía de normalización que le atribuyera una apariencia genital, una imagen próxima a aquella identidad en la que iba a ser educado.

En este nuevo estilo de pensamiento se advierte, en primer lugar, una clara disociación de la identidad respecto a toda clase de fundamento o determinismo biológico. Se advierte aquí la presencia por primera vez del «género», esto es, del sexo psicosocial, resultado del aprendizaje, como una instancia independiente respecto al sexo biológico. Money hablará de «rol de género» para referirse a los patrones de conducta propios del hombre o de la mujer, una noción que, con posterioridad, hará suya la teoría feminista norteamericana¹⁵. Pero esto, frente a lo que pudiera pensarse, no reducía el intervencionismo de los expertos, de los es-

¹³ Sobre Money y sus trabajos, véanse Elisabeth REIS: *Bodies in doubt. An American history of intersex*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2009, pp. 115-152, y Jemima REPO: *The Biopolitics of Gender*, Nueva York, Oxford University Press, 2016, pp. 24-48.

¹⁴ Sobre el lenguaje «psy» referido a la «inadaptación» y a la regulación familiar de la vida emocional, véase Nikolas ROSE: *Governing the soul. The shape of the private self*, Londres, Free Association Books, 1989, pp. 157-181.

¹⁵ Jemima REPO: *The Biopolitics...*, p. 76.

pecialistas biomédicos en cuerpos de sexo dudoso, sino que lo multiplicaba.

En segundo lugar, este estilo «psicosocial» a la hora de tematizar la identidad introducía un desplazamiento ontológico fundamental. La clave del yo sexuado, como varón o como mujer, no residía ya en un espacio físico, ya fuera estático (la morfología de los genitales, el tejido gonadal) o dinámico (el desarrollo hormonal), se situaba, en cambio, en espacio psíquico interior. El lenguaje que Money introduce a la hora de describir la construcción de la identidad sexual en el individuo es un lenguaje psicológico: son las imágenes del cuerpo transmitidas a través de la comunicación intrafamiliar y actuando sobre el fondo cognitivo del sujeto lo que conformaba la identidad sexual en un sentido u otro.

En tercer lugar, este nuevo estilo de pensamiento se enraíza en una determinada modalidad de gobierno de las poblaciones, en un tipo específico de biopolítica. En efecto, de una parte, el modelo auspiciado por Money y por sus colaboradores insiste en la dependencia de la identidad sexual desarrollada por el niño, respecto a la socialización familiar. Pero, por otro lado, trata de supervisar y tutelar la propia acción de los padres. Es decir, frente a las biopolíticas de corte totalitario, donde el Estado y sus organizaciones cercan e instrumentalizan a la familia para inculcar en los niños rígidas identidades de género, pensadas en clave biologicista, se insiste en cambio en la autonomía del espacio doméstico y en su papel configurador de las identidades. Por otro lado, frente a la total independencia y autorresponsabilidad de la familia asumidas por las biopolíticas del liberalismo clásico, donde el médico monopolizaba el diagnóstico del verdadero sexo pero no ejercía control alguno sobre la socialización familiar, se trata ahora de asesorar y tutelar su acción formativa, de modo que el niño interiorice el sexo escogido para él, evitando los traumas de la vida afectiva que supondría la revelación de su ambigua condición originaria o la desviación de los padres respecto a sus obligaciones socializadoras en el «verdadero género» seleccionado. Todo el secretismo, el paternalismo y el autoritarismo médicos que militantes trans e intersex, padres y afectados han denunciado en este modelo psicosocial del sexo, tiene que ver con esa tutela que los expertos ejercen sobre la autonomía individual y familiar. La familia debe responsabilizarse de formar la identidad sexual del niño, pero debe ajustarse sin desviación al pa-

trón dimórfico exigido por la pertenencia del niño al colectivo social. Lo que se tiene en este caso es un gobierno social de la identidad sexual, una «biopolítica social» que evita tanto la sujeción totalitaria de la familia como su absoluta independencia respecto a la autoridad de los especialistas¹⁶.

En cierta manera, el modelo de gestión de los niños intersexo sugerido por Money y los Hampson, y generalizado a todo Occidente, hasta el final de la década de 1990, encarna una especie de biopolítica social o del bienestar en el ámbito de la identidad sexual. Si el keynesianismo, mediante la redistribución social de subsidios y recursos, apuntaba a estimular el consumo y a prevenir las crisis sociales; el «moneysmo», mediante la desbiologización de las identidades y el énfasis en el papel desempeñado por la socialización, apuntaba a producir el sujeto consumidor típico del capitalismo corporativo de los años sesenta. Este era un sujeto relativamente fluido, donde las necesidades y los deseos podían ser inducidos y reciclados por la publicidad y la industria mediática. Pero al mismo tiempo era un sujeto ajustado a la norma sanitaria, es decir, a la norma social que estipulaba la posesión en exclusiva de un sexo masculino o femenino.

Conclusión. El «género autooperable» y la biopolítica neoliberal

Como se dijo anteriormente, desde mediados de la década de los noventa hasta el momento actual, el testimonio de adultos vinculados al activismo intersexual o a grupos de autoayuda se ha completado con un abundante *corpus* de trabajos procedentes de las ciencias sociales, que documentan con detalle la experiencia devastadora de la cirugía de normalización genital en personas con anatomías sexuales atípicas. Se trata, por una parte, de daños emocionales derivados simultáneamente de la hipervisibilidad a la que se ven sometidos los afectados (exámenes médicos constantes, exposición para el estudio como caso clínico, reiterada exhibición fotográfica) y al secretismo que los rodea, siendo inaccesible la comu-

¹⁶ Sobre la biopolítica inherente al «gobierno social», véanse Mitchell DEAN: *Governmentality...*, pp. 123-130, y Nikolas ROSE: *Powers of freedom. Reframing political thought*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 98-136.

nicación con otras personas o familias en situación similar. Se han glosado también ampliamente en esos estudios los daños psíquicos derivados de la pérdida de satisfacción sexual que acompaña a las cirugías de amputación o reducción de clítoris, las molestias interminables y los peligros asociados a las vaginoplastias, los fracasos en las operaciones de hipospadias, que pueden producir problemas funcionales crónicos o los indeseables efectos colaterales que pueden seguir a la administración prenatal de metaxadona para prevenir la masculinización y el lesbianismo en personas con hiperplasia adrenal congénita¹⁷.

La coordinación de los tres factores mencionados al comienzo de este artículo (gestación de un movimiento intersexual, impulsado de los trabajos académicos y cuestionamiento del modelo ambientalista en los trabajos de Diamond) propició las primeras disidencias en el ámbito de los profesionales sanitarios. El proceso culminó con celebración de un Congreso Internacional en Chicago (2005), organizado por las dos principales asociaciones profesionales de endocrinología pediátrica a escala mundial. El documento resultante de este encuentro, conocido como Consensus Statement, publicado en 2006, replanteaba completamente el protocolo de tratamiento de las personas con genitales atípicos.

¿En qué medida este nuevo programa hacía valer una nueva racionalidad para el gobierno de los cuerpos intersexuales? El *Consensus* expresa una clara preocupación por evitar el estigma, de ahí que se conmine al médico a actuar como un consejero que «desdramatiza» la situación (frente al motivo anterior de la «emergencia social»), insistiendo ante los padres en el carácter no vergonzoso del síndrome en cuestión. En coherencia con esto, se rechaza la estrategia del silencio y el secretismo; los padres y lo hijos, estos al llegar a la edad apropiada, deben ser adecuadamente informados y se considera conveniente que los progenitores entren en contacto con otros pacientes o familiares de afectados, o con grupos de autoayuda. Se recomienda evitar la cirugía normalizadora en varones cromosómicos con «micropenes» y se modera considerablemente la recomendación de reducciones clitorídeas. Por último se reconoce el

¹⁷ Katrina KARZAKIS: *Fixing sex. Intersex, medical authority and lived experience*, Durham, Duke University Press, 2008, pp. 63-86.

daño sufrido por la profusión de fotografías médicas y por los exámenes clínicos reiterados en estas personas¹⁸.

Más allá de la novedad que representan estos criterios tomados independientemente, y difundidos después de 2006 en numerosas guías de diagnóstico y de divulgación sanitaria, lo que se advierte es la nueva racionalidad gubernamental que los envuelve, en especial cuando se considera el contexto científico en el que enuncian. A la altura de 2006, los desarrollos de la genómica permitían vislumbrar una nueva era en la localización de los distintos tipos de «desorden» asociados a la anatomía sexual atípica. Sus portadores, a diferencia de lo que sucedía en claves del «protocolo Money», no veían localizada su identidad en un espacio psíquico moldeado por las influencias y mensajes procedentes del entorno familiar. Las claves de la identidad se trasladaban ahora a una pura superficie biológica; se trataba de los marcadores moleculares, y ya no simplemente cromosómicos, expresados en las distintas variantes de DSD. Más de cuarenta secuencias genéticas están implicadas en estos sucesos, conectadas con la formación de la anatomía genital y con los procesos de masculinización y feminización¹⁹. Pero esto no suponía un retorno a las propuestas biodeterministas o a la búsqueda del verdadero sexo. Esas bases moleculares se exploran en su interacción con elementos no genéticos involucrados en el desarrollo hormonal, y también con el entorno. Conforman por ello un espacio plástico, abierto al conocimiento preventivo, moldeable a través del consejo experto y el cambio en los estilos de vida.

El género se asienta, pues, en las bases moleculares de la vida, pero al mismo tiempo se afronta como una realidad modificable, flexible y diversa. Se está, así, ante un régimen de verdad situado más allá de las divisiones clásicas entre naturaleza y cultura, esencialismo y construccionismo, sujeto y objeto, libertad y determinismo. Para dar cuenta del modelo antropológico adecuado a estos tiempos que se sitúan más allá de la lógica bivalente del pen-

¹⁸ Peter A. LEE *et al.*: «Consensus Statement on Management of Intersex Disorders», *Pediatrics*, 118 (2006), <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/e488.full.html>.

¹⁹ Alison K. SPURGAS: «(Un)queering identity...», pp. 114-115, y Vernon A. ROSARIO: «Quantum sex: intersex and the molecular deconstruction of sex», *GLQ*, 15, 2 (2009), pp. 267-284.

samiento humanista occidental, el filósofo alemán Peter Sloterdijk acuñó el concepto de «hombre autooperable»²⁰. En ese mismo sentido utilizamos la expresión de «género autooperable», esto es, susceptible de diseño en su propia nervadura molecular, ajustándolo a las elecciones del individuo.

Otro rasgo de esta nueva racionalidad gubernamental es la tendencia a descentralizar y personalizar las decisiones. La identidad asignada en el «protocolo Money» dependía del equipo de profesionales sanitarios que decidía el sexo de asignación y tutelaba el proceso educativo dentro de la familia. Este diagrama vertical se reemplaza por un modelo horizontal apoyado en la negociación. El protagonismo recae en el paciente y en su familia, cuyas decisiones se adoptan bajo el asesoramiento («consejo no directivo») de equipos multidisciplinares. Aquí no solo figuran especialistas médicos, sino que pueden comparecer psicólogos, trabajadores sociales, bioeticistas e incluso personas con DSD a título de expertos. El énfasis recae ahora en la autonomía personal. Lo biológico es el lugar donde el sujeto se constituye a sí mismo, diseña su propia identidad —con decisiones que pueden ser reversibles— y se responsabiliza de sus elecciones.

Lo que opera en este modelo de tratamiento es, en suma, una «biopolítica neoliberal» o «liberal avanzada». En el caso del «protocolo Money», el biopoder disciplinario, combinado con la regulación educativa, era tutelado por las burocracias sanitarias para corregir la emergencia social representada por la ambigüedad sexual del recién nacido. Es lo que se ha bautizado como «biopolítica social», típica de la era del Estado del Bienestar o «Estado Providencia». En el nuevo estilo de biomedicina centrada en el paciente, ya no son las burocracias médicas las que prefiguran la identidad del sujeto decidiendo su género óptimo de reasignación y aplicando la cirugía de normalización genital. Es el propio sujeto el que debe diseñar autónomamente esa identidad, contratando servicios de consejo y asesoramiento en un mercado de bienes de salud y calidad de vida, recurriendo a grupos de autoayuda, al consejo genético y psicológico, a la evaluación bioética de los procedimientos, etc. Es de

²⁰ Peter SLOTERDIJK: «El hombre auto-operable: sobre las posiciones filosóficas de la tecnología genética actual», *Revista Sileno. Variaciones sobre arte y pensamiento*, 11 (2001), pp. 80-91.

cir, el asunto se gobierna, no por la actuación directa de las estructuras sanitarias del Estado sobre la vida de las personas, sino por la construcción artificial de un mercado de servicios donde agencias diversas compiten por asesorar al paciente (a sus padres).

Este se convierte, en teoría, en un cliente, en un consumidor que elige racionalmente dentro del mercado. Este modelo de ciudadanía consumidora traduce así una modalidad neoliberal de biopolítica. El afectado o sus progenitores son invitados a hacerse cargo del cuerpo atípico, a asumir las responsabilidades que conciernen a su salud, adoptando una actitud prudente a la hora de operarse, hormonarse, someterse a diagnóstico prenatal, tener pareja o descendencia, sondear y gestionar adecuadamente su vida emocional para prevenir riesgos como la depresión o el suicidio. En suma, su *ethos* corresponde al papel del empresario de sí mismo» en la escena de la gubernamentalidad neoliberal²¹.

²¹ Francisco VÁZQUEZ GARCÍA: «Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual», *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, 5 (2013), pp. 76-102.