



CUADERNOS DE TRABAJO

Transexualidad

El sistema sexo-género en la construcción de la práctica clínica.

Eva Luna Díaz García
Tutor: Rafael González Fernández

Grado en Sociología
CT 12/2017
ISSN: 2603-8722





Índice

1. Introducción	6
2. Objetivos.....	6
3. Metodología	7
4. Marco teórico	7
5. Estado de la cuestión.....	8
5.1. Cuestionamiento del androcentrismo de la ciencia	8
5.2. Desnaturalización del sexo	11
5.3. Visibilización y enfoque integral.....	13
5.4. Empoderamiento y control de las personas de su salud	17
6. Conclusiones	20
7. Fuentes y Bibliografía.....	22

Listado de acrónimos

- LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales
- LGB: Lesbianas, Gais y Bisexuales
- COGAM: Colectivo Gay de Madrid
- SOC: Standards of Care/Estándares de Cuidado
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- ICD/CIE: International Classification of Diseases / Clasificación Internacional de Enfermedades.
- Trans: término paraguas que hace referencia a personas transexuales, transgénero, travestis o “variantes del género”.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- UIG: Unidad de Identidad de Género
- CTS: estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad
- CTC: estudios de Ciencia, Tecnología y Género.

1. Introducción

Nos encontramos inmersos en un sistema sexo-género dicotómico que estructura la sociedad y la manera que tenemos de desenvolvernó en la misma. No obstante, se están produciendo una serie de cambios que cuestionan este sistema y que se muestran a través de diversas identidades sexuales y la visibilización social y política de unos cuerpos que pueden cambiar el imaginario social y modificar la clasificación binaria hombre/mujer. Al fin y al cabo, existen múltiples formas del ser humano que no se encuentran dentro de este sistema dual; la diversidad abarca el sexo, la identidad sexual, la orientación sexual y el desempeño de roles de género que podemos observar en la sociedad actual. Todo ello indica que la concepción hegemónica del ser, tanto social, como sexual, está abierta a muchas y diferentes posibilidades.

Desde parte del activismo y los grupos y asociaciones LGTBI+ se reclama la modificación del sistema cultural vigente, legitimado por la ciencia médica, puesto que la cultura no sólo clasifica, sino que estigmatiza y patologiza disidencias sexuales y corporales. Dicha enculturación social incluye un complejo sistema simbólico, un lenguaje heteronormativo que induce, dirige, excluye y determina a todos los componentes del grupo social, de tal manera que surge un problema cuando aquello que intentamos definir no encuentra una palabra que lo designe. Desde esta perspectiva la visibilización de los cuerpos trans¹ y de sus grupos de reivindicación representan, movimientos políticos de resistencia y cambio.

1 A lo largo del presente trabajo cuando hable de identidades trans lo haré como una forma de englobar la heterogeneidad de experiencias de las personas transexuales (pre-operadas y post-operadas), transgénero, etc. Es decir, haré referencia a todas aquellas personas que han elegido una identidad o expresión de género diferente a la atribuida al nacer.

Inscritas en esta clasificación cultural que distingue a las personas y las categoriza tomando como referencia el sistema dual de sexo y género, es desde donde los colectivos de personas trans indican que se producen las situaciones que discriminan y excluyen de algunos derechos sociales a aquellas personas que divergen tanto por su identidad de género, como por su diversidad corporal respecto al sexo asignado por nacimiento y aquel con el que se identifican y reconocen a sí mismos como individuos, con derecho a ser reconocidos como tales por el conjunto de la sociedad.

2. Objetivos

a). Objetivo General:

- Caracterizar la realidad de las personas trans que deciden realizar un proceso de hormona-ción y/o modificación corporal a través de un sistema médico en la Comunidad de Madrid.

b). Objetivos Específicos:

- Demostrar la aneutralidad de la ciencia y como esta responde a intereses políticos y sociales.
- Ver cómo el sistema sexo-género opera sobre las personas, clasificando, delimitando y constriñendo nuestros comportamientos y vivencias.
- Cartografiar el recorrido histórico de la transexualidad en el ámbito sanitario.
- Analizar cómo las personas trans generan una ecología de saberes que cuestiona este sistema y cómo lo llevan a cabo.

3. Metodología

Este trabajo se llevado a cabo principalmente mediante la revisión bibliográfica de fuentes secundarias. Esta técnica consiste en la recopilación de información de distintas temáticas de manera ordenada, constituidas por documentación ya existente. Lo que nos facilitará el realizar un recorrido histórico para ver cómo se ha ido construyendo el concepto de transexualidad como categoría médica y activista.

Asimismo, considero necesario destacar que – si bien no es un trabajo sobre feminismo – esta perspectiva se puede encontrar a lo largo de todo el trabajo. Pues, aunque se trata de un trabajo basado en la recopilación documental, mi pertenencia a la ONG de COGAM, sección de Educación, junto con una trayectoria en el activismo LGBTI+ y feminista, contextualizan el lugar desde el cual este trabajo se ha gestado, pensado y reflexionado.

Por ello, este estudio no deja de ser una aproximación inicial a una realidad social que, de obtener conclusiones satisfactorias, deberá ser investigada más a fondo posteriormente.

4. Marco teórico

Ubicado en el marco general de la filosofía de la ciencia, este ensayo está localizado en los problemas que plantea el conocimiento científico, esto es, más concretamente; en los estudios CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad).

Asimismo, también versa en torno a la construcción de la identidad y el género como ejes principales de actuación para criticar dicho quehacer científico, por lo que se podría decir que pertenece a la parte acotada de los CTS que integran una perspectiva de género, estos son, los estudios CTG (Ciencia, Tecnología y Género).

Los estudios sobre género y ciencia tienen su origen en los EEUU de los años 60, aunque no se desarrollaron hasta los años 80. Así pues, podemos ver que se trata de una disciplina incipiente, aunque los Women's Studies confluyen con otras corrientes que se ocupan de la crítica de la ciencia desvelando aspectos de la actividad científica que había quedado en la oscuridad.

Los estudios sobre ciencia, género y tecnología – dentro de su heterogeneidad – comparten un objetivo político: la oposición al sexismo y el androcentrismo reflejados en la práctica científica.

Para ello, haré uso de las epistemologías feministas que abogan por los conocimientos situados, concepto acuñado por Donna Haraway (1995) que, en términos generales, lo que se plantea con este concepto es que todo conocimiento se produce en situaciones históricas y sociales particulares, por mucho que se quiera hacer aparecer el verdadero conocimiento científico como universal, neutral y por lo tanto desprovisto de relaciones directas con determinados factores políticos, culturales y sociales.

En este sentido, el concepto de conocimiento situado ha sido empleado a menudo para justificar la autoridad que, por lo menos en sus propios términos, tendrían sistemas de pensamiento y formas de conocimiento diferentes de aquellas que han pretendido edificar visiones universales desde el no-lugar de la objetividad científica.

Es decir, vemos que los CTS pertenecen a la era posmoderna acogida a un enfoque constructivista. Dentro del cual – la sexualidad y las identidades sexuadas – no pertenecen al orden natural, sino que se trata de ver cómo interiorizamos y vivimos la construcción de nuestra identidad, entendida como un constructo histórico y social que, utilizando las palabras de Foucault (1995) sería: “la construcción histórica, por la que, desde el siglo XIX el cuerpo social entero fue dotado de un cuerpo sexual”

Así, el constructivismo argumenta que el sexo, el género y la identidad de género devienen de condiciones sociohistóricas concretas. En el mismo sentido, para dicho enfoque las identidades resultan, no sólo construidas, sino fluidas y múltiples. Por lo que se puede entender la identidad individual como el producto de la autoidentificación y el mundo social. Lo que Cooley denomina “El yo espejo” (2005)

Al tratarse del estudio respecto del androcen-trismo de la ciencia, el sistema sexo-género y como todo ello se hibrida para generar toda una serie de prácticas concretas, ejemplificadas a través de la práctica clínica en el caso de las identidades trans en el sistema de salud. Este trabajo también va a beber de las corrientes de pensamiento microsocio-lógicas, como el interaccionismo simbólico – ya he mencionado a Cooley – o escuelas como la de Chi-cago. También podrá observarse que el concepto de estigma de Goffman (2003) parece permear todo el trabajo, el cual, aparecerá junto con los estudios de gestación de la identidad y la comprensión de la sociedad a través de la comunicación y los procesos comunicativos, como puede ser toda la teoría de en-marcado de Lakoff (2001, 2004).

5. Estado de la cuestión

5.1. Cuestionamiento del androcen-trismo de la ciencia

Si nos remontamos a la Inglaterra de la Restau-ración nos encontramos con que la ciencia experi-mental se encontraba en una posición marginada y criticada por los teóricos de la época. Por este mo-tivo y para legitimarse ante la comunidad científica – Boyle – elaboró toda una nueva metodología que avalara la experimentación, sirviéndose del concepto de *testigo modesto*. (Shapin y Shaffer, 2005) El cual actuaría como observador imparcial del experimen-to que se encontrara llevando a cabo – en este caso – el experimento de la bomba de vacío. El objetivo principal de este autor era validar la neutralidad del sujeto investigador y legitimar su campo científico.

Este posicionamiento teórico se encuentra fuertemente criticado por las epistemologías femi-nistas (Haraway, 2004; Harding, 1993; Longino, 1990) en tanto que existían una serie de juicios de valor que no podían – y según estas no debían – quedarse fuera del proceso científico. Asimismo, el cuestionamiento también llegó de la mano de co-rrientes críticas postpositivistas al método (Feye-rabend, 1975; Brown, 1988), que manejaban una serie de conceptos centrales que sirven para cues-tionar la visión clásica del método científico y de la neutralidad valorativa que Boyle intentaba enseñar a sus jóvenes discípulos; estas son: la carga teórica de la observación, la infradeterminación de la teoría por los hechos y la inconmensurabilidad de los para-digmas. (Kuhn, 1975)

Kuhn fue, de hecho, uno de los precursores del giro constructivista de la ciencia – con su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1975) – la cual, terminó con la hegemonía del positivismo lógi-co y la concepción heredada que imperaba hasta ese momento. Y es ahí, entre los nuevos programas de investigación gestados a raíz de ese giro, donde se encuadra este trabajo.

Al fin y al cabo, si bien surgieron múltiples enfo-ques para abordar los estudios de la ciencia: el Pro-grama Fuerte (Bloor, 1976; Barnes, 1981; Shapin, 1985), el Programa Empírico del Relativismo (Col-lins, 2002), la Etnometodología (Garfinkel, 1967), los Estudios de Laboratorio (Latour y Woolgar, 1995) o la Teoría del Actor-Red (Latour, 1998), etc. Todos parecen compartir una serie de caracte-rísticas comunes, entre las que destacan:

Un rechazo de la división – históricamente man-tenida – entre el contexto de descubrimiento y con-texto de justificación, defendido por autores como Weber (1917).

La no existencia de un criterio que pudiera re-sultar universal a la hora de garantizar la verdad de las proposiciones o la racionalidad de las creencias.

La aceptación de que *la construcción social de la realidad* (Berger y Luckman, 1968) afecta también al conocimiento, en la medida de que tanto conocimiento como realidad son socialmente construidos.

La no existencia de una figura de *testigo modesto* con la que empezábamos este capítulo, pues toda actividad científica se gesta dentro de una comunidad científica validada.

Dicho más claro; pese a que nos encontramos inmersos en un sistema social que nos socializa en el hecho de que la verdad científica resulta el nuevo dios (Pichardo, 2017), la filosofía de las ciencias sociales podría entenderse como un conjunto de teorías que difieren de la hegemónica, las cuales considero son un buen punto de partida.

No obstante, creo importante dejar constar que el presente trabajo no pretende descartar el posicionamiento de aquellas personas con las que disiento, sino ampliar la mirada a aquellas perspectivas que entrecruzan el discurso científico con otras vertientes; sociales, políticas, económicas, éticas, o incluso – porque no decirlo – sexuales o corporales. Quizás un ejemplo resulte más esclarecedor:

La película *Rashomon*, de Akira Kurosawa (1950) sitúa en el Japón del siglo XII una bella escena inicial; una noble dama a lomos de un caballo que, junto a un samurái adelantado, caminan por el bosque atravesando el follaje. Cuando la escena se corta y vuelve a encenderse la cámara, la situación ha cambiado: la mujer ha sido violada, el caballo y las armas han desaparecido y el samurái está muerto.

Así pues, pese a los elementos comunes que nos encontramos, los distintos testimonios otorgados por los diferentes personajes de la película resultan contradictorios, así como sospechosos. Esta película, contiene algo que considero, merece la pena rescatar: y es cómo el jurado – encarnado en los espectadores – vive la impotencia de no poder contar con las herramientas que aseguren su objetividad para emitir un juicio y establecer un veredicto.

Este ejemplo nos sirve en tanto que rompe todo nuestro discurso acerca de la verdad. No se puede establecer un juicio unánime, y la ilusión de una verdad única se evapora. Esta película puede – incluso – parecer que carece de sentido, y nos podemos descubrir preguntándonos si tal vez hubo algún fallo en el proceso comunicativo o si nos perdimos alguna información relevante de la misma.

Con esta película, se pone de manifiesto que “todo conocer se hace a partir de un observador” (Saavedra, 2013:47) y, por ende, este requiere de un lenguaje explicativo que luego pase por una serie de criterios operacionales de validación e interpretación para poder ser considerado conocimiento científico, o ser desechado. No obstante, dicho *observador* del que nos habla Saavedra (2013) va a encontrarse inmerso en un contexto sociohistórico determinado, situando su perspectiva en un espacio y un tiempo delimitados que acotarán los conocimientos y las explicaciones que luego otorgue a la organización del mundo. De esta manera, podemos pensar que la “objetividad” conlleva consigo una dimensión ontológica, manifestada a través del lenguaje. Y justo ahí – en el lenguaje – es donde podríamos cuestionarnos el debate de; si bien es en el lenguaje dónde residen las significaciones y los sentidos que utilizamos para dar explicaciones de la realidad (Echeverría, 2003) o, por el contrario, la dirección de la acción se produce a la inversa. Es decir, que sean las estructuras mentales las que conforman nuestro modo de ver el mundo alojados en nuestro “inconsciente cognitivo” (Lakoff, 2004:17) al cual tendríamos acceso a través de su manifestación externa producida a través de la palabra.

No obstante, de una u otra forma, en ambas situaciones nos encontramos con que el discurso científico ha resultado ser, paradójicamente – y siempre bajo las presentes teorías – un discurso. Que aún avalado por la comunidad científica, requiere de una validación e interpretación. O, dicho de otro modo, de un contexto de justificación teórico, el cual exige de toda una herencia de conocimientos adquiridos relacionamente a un punto histórico, encontrándolo-

se permeados por los paradigmas científicos operantes de cada situación concreta.

En el seno de esta premisa es donde surgen las epistemologías feministas que, alejándose lo más posible de la tradición empirio-positivista abogan a favor de una forma de adquisición del conocimiento que reconozca al sujeto investigador y le devuelva un papel protagonista en la investigación. Dejando paso a un conocimiento que fije nuestras posiciones como sujetos de conocimientos y de esta manera se haga visible todo el recorrido y la proyección del mismo pues “solamente la perspectiva parcial promete una visión objetiva” (Haraway, 1995:326) en tanto que ese *testigo modesto* del inicio no era sino una ilusión ficticia, una imagen generada socialmente para legitimar(se) ante las comunidades científicas y perpetuada históricamente bajo el velo de la naturalización y la asepsia que otorga el método científico. Aspirando a una visión holística y completa que promete estar en todas partes y ninguna a la vez a la par que perpetúa una serie de privilegios a aquellos cuerpos que históricamente se han construido como aptos y válidos para ejercer la racionalidad científica.

Soy consciente que englobar todas las epistemologías feministas del presente modo es un reduccionismo capcioso que no responde a la complejidad de estas corrientes. Pues, por ejemplo, el empirismo feminista conocido a través de Longino veremos que “define la objetividad como la máxima minimización de las preferencias subjetivas, una vez incorporadas a una comunidad científica todas las perspectivas socialmente relevantes.” (Romero y García, 2006:3). No obstante, dicha teorización presenta cuestiones que no sabría cómo solventar: ¿cómo

sabemos cuáles son todas las perspectivas sociales relevantes? ¿Qué ocurre con las no consideradas relevantes? ¿Ignoramos esos testimonios? ¿La objetividad es pues, una sumatoria?, de este modo, y dejando de lado el empirismo feminista, prefiero encontrarme con los conocimientos situados. Los cuales se articulan teniendo en cuenta las posiciones que ocupamos en la estructura social, así como nuestra vinculación con los ejes de poder y privilegio que nos atraviesan. De este modo, se podrán combatir el afán de traducir y reducir la realidad social (Haraway, 1995) que ha marcado el devenir científico dentro de sus procesos de elaboración, en los cuales se nos vuelve evidente que la “perspectiva objetiva” estaría – en términos de Kimmel (2015) – encarnada en él mismo; pues según el propio Kimmel, él mismo resulta el ejemplo perfecto de “pura racionalidad occidental”. En tanto a hombre blanco, de clase media, con estudios superiores, heterosexual... etc. Pues esta racionalidad occidental se asienta sobre una única posición de privilegio. Es por ello por lo que este trabajo es una apuesta a “que tratemos de eliminar el impulso defensivo androcéntrico que lleva a imaginar un <<yo transcendental>> con una única voz que juzga cuánto se aproximan nuestros enunciados cognitivos a la <<auténtica y única descripción>> de forma de ser del mundo.” (Harding, 1993:50) y tener presente que existen más voces – históricamente ignoradas – que puedan participar de la gestación de un conocimiento que resulte responsable, encarnado y que, lejos de intentar resultar universal y estático, se torne dinámico y crítico, cargado de responsabilidad política y de conexiones parciales.

5.2. Desnaturalización del sexo

“las teorías del punto de vista defienden “comenzar a pensar” desde las vidas de las gentes marginalizadas; comenzar en estas localizaciones objetivas y determinadas en cualquier orden social generará iluminadoras cuestiones críticas que no aparecen en el grupo de pensamientos que parte de las vidas del grupo dominante” (Harding, 2004:128)

Tal como menta la presente cita, si situamos al sujeto del conocimiento en los márgenes abyectos, si escuchamos e incluimos dentro del discurso científico aquellas posiciones que se encuentran situadas en los márgenes. Aquellas personas que los ocupan, que generan incomodidad al grueso de la sociedad, estarás obteniendo una perspectiva crítica respecto a los distintos ejes nos atraviesan. Pues las distintas posiciones subalternas – en este caso las realidades trans –, pueden poseer una perspectiva sustentada en su trayectoria vital que les supondría una ventaja a la hora de ver aquellas desigualdades por las que son atravesados día a día. No obstante, dicho ejercicio, no se encuentra de manera innata en el ser humano, sino que debemos tomar consciencia de que la “capacidad de mirar” requiere de un aprendizaje (Haraway, 1995:328), pues si no correríamos el riesgo de apropiarnos de posiciones que no nos corresponden y naturalizaríamos un discurso que no siempre se produce.

Al fin y al cabo, no se puede negar que existen personas trans cuyo objetivo es ajustarse al modelo dicotómico que el sistema sexo-género nos impone, sin que la redirección y presión ejercida por parte de la biomedicina sea vista como un inconveniente o infortunio. Sino como la ayuda deseada.

No obstante, para poder defender la existencia de toda una serie de políticas corporales que reproducen concepciones hegemónicas y heteronormativas sobre el género – en general – y sobre la corporalidad de las personas trans – en particular – veo requisito indispensable hacer visible lo invisible; esto es: el modelo sexo-género en el cual nos encon-

tramos inmersos para – en el siguiente capítulo – ver su posterior análisis histórico desde la biomedicina.

Para ello, creo conviene aclarar que, si bien la categoría de *género* surge en los años 70, a mano de las feministas anglosajonas frente al determinismo biológico y funcionalistas, para así poder visibilizar a las mujeres en la historia; la primera en acuñar este sistema concreto de sexo-género fue la antropóloga Gayle Rubin en *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo*, la cual, lo define en los siguientes términos:

“Un sistema sexo/género es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Ibíd., 1975:97)

Es decir, bajo esta perspectiva nos encontramos con un engranaje del sistema social que, si bien afecta a persona concretas, no puede ser leído como una realidad individual, sino colectiva. En tanto que no deja de ser un sistema que nos permite rastrear y estudiar las relaciones de desigualdad operantes en relación con el sexo, el género, las sexualidades, las identidades de género, las orientaciones sexuales y las prácticas sexuales.

Esto se debe a que no se trata exclusivamente de hacer referencia a la dicotomía existente – en nuestra sociedad – de hombre y mujer, sino que abarcaría a la sexualidad y a las relaciones sexuales de una manera agregada. Generando una diferencia entre géneros, también se estableció una jerarquización de los mismos, que – junto con una heterosexualidad obligatoria – conllevó una constricción de la sexualidad femenina. (Ibíd., 1975)

En dicho contexto se operacionaliza el sexo como una serie de características fisiológicas de las personas, mas no sirve cualquiera, sino aquellas que utilizamos para definir y diferenciar qué es un hombre y qué es una mujer, que en palabras de Pichar-

do (2017) aglutinaría las siguientes características dentro de la cultura occidental:

- genitalidad (pene-vagina),
- las gónadas (testículos u ovarios),
- la genética (cromosomas XX ó XY),
- La fenotípica: rasgos sexuales secundarios cuyo desarrollo tiene normalmente un origen hormonal (pechos, caderas, vello, masa muscular...).

En definitiva, podría decirse que al seleccionar unos datos biológicos y atribuirles esta relevancia social – ¿por qué no le otorgamos tal relevancia social a la diferencia biológica y dicotómica de la forma del lóbulo de la oreja pegada/separada? – nos encontramos con toda una socialización diferenciada por género que deviene en la separación de las personas, desde antes incluso de su nacimiento – siendo el sexo del feto de las primeras preguntas que se le formulan a una persona embarazada – en uno y otro polo de la balanza, sin dar pie a posibles posturas intermedias. De esta manera son perpetuadas toda una serie de patrones lineales que generan que, a un sexo biológico, le corresponda una expresión de género y una sexualidad determinada, donde las distintas categorías responden a dichas expectativas y mandatos de género. Quedando un sistema correspondiente a la siguiente figura:

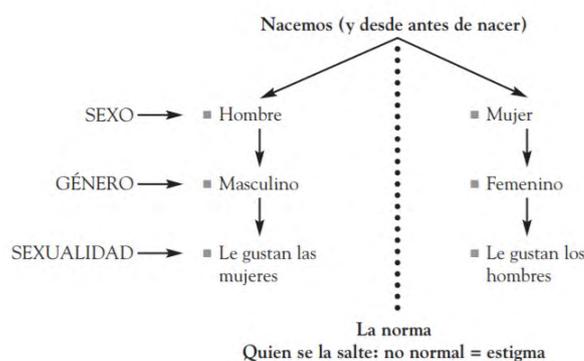


Tabla 1. Esquema del modelo sexo-género de Pichardo (2012, Estigma LGTB, 114)

La presente tabla (Pichardo, 2012:114) representa gráficamente las categorías sociales tan delimitadas que hemos construido socialmente y, aunque en un primer momento pudiera parecer que el sexo respondía a unas cuestiones biológicas, y el género a unas sociales. Es la relevancia social que le otorgamos a dichas diferencias las que devienen prácticas diferenciadas, pues existen toda una serie de personas que ni siquiera se ajustan a dicho modelo en el ámbito de la biología. Serían los que actualmente aglutinamos en la categoría *Intersex*; personas que en algunos casos en su nacimiento se les obliga a pasar por un cirujano para adaptarse a “los estándares de tratamiento vigentes”. (Fausto-Sterling, 2006:65) Dichos tratamientos, generalmente, son operaciones de carácter estético que sirven para devolver a estos recién nacidos al sistema sexo-género sin que exista confusión alguna. Lo cual pone de manifiesto que el sexo también resulta de una construcción social que responde a este paradigma biomédico que tiene la legitimidad necesaria para poder ejercer un control sobre los cuerpos de las personas.

Dichas operaciones de reasignación genital no son exclusivas de las personas intersex, sino que como veremos en el siguiente capítulo, resultan aplicables a la población trans. Mas el punto principal a rescatar de este apartado reside en la sanción social o – en términos goffmanianos – el estigma (2003) que sufre cualquier persona que sea o parezca que se ha saltado la norma social que dictamina en qué lado te

corresponde estar. Por ello, las personas cuyo sexo biológico no coincide con su identidad de género – esto es, la población trans – deben de enfrentarse a un conjunto poblacional que les va a discriminar en tanto a que nos encontramos en un sistema heteronormativo binario que rechaza cualquier patrón que se salga de ahí, invisibilizándolo, por lo que estas realidades resultan altamente desconocidas y por ende incomprendidas. Deviene de un sistema que es estructural, estructurante y estructurado. Generando toda una serie de inercias y – con ellas – de violencias simbólicas, políticas y corporales que resultan fragantes en el caso de la población LGBTI+ en general, y de las identidades trans, en particular. Como hemos podido ver, este sistema actúa como un instrumento de legitimación de las desigualdades sociales en tanto que lo tenemos naturalizado e invisibilizado. Es decir, que corresponde con las estructuras mentales (Lakoff, 2004) a través de las cuales entendemos el mundo.

No queremos decir que dichas categorías no hayan sido puestas en cuestión, pues si bien sabemos que estas empezaron a cuestionarse en los años 70 gracias a Foucault (1995) y posteriormente con Laqueur (1990). El imaginario social sigue situando estas cuestiones dentro del campo de lo que nos viene dado por la biología, y, por consiguiente, se tratan de cuestiones inamovibles e incuestionables en tanto que se han institucionalizado de esta manera. El problema que acarrea esta naturalización es que conlleva una invisibilización de cualquier individuo que no encaje dentro de esta dicotomía, dentro de las cuales se encuentran las personas trans que, desde que fueron incluidas dentro de los manuales de enfermedades mentales de referencia (tanto el DSM como el CIE, respectivamente) deban de ser reasignados de una manera u otra dentro de la “normalidad” establecida. Pues al tratarse dicho binarismo de cuestiones provenientes “de la biología”, todos los cuerpos deberán pasar, necesariamente por dicha estructura, y por ello eran (y son) tratados médicamente para que así

se produzca un *passing*² y puedan de esta manera no suponer una alteración de la estructura, sin producir quiebras del sistema.

5.3. Visibilización y enfoque integral

Si bien el sistema sexo-género estructura a la sociedad y la manera en la que tenemos que desenvolvernos, podemos afirmar que siempre habrá personas cuyas experiencias y trayectorias vitales resulten más complejas que estas dos categorías establecidas. (Platero, 2012)

Dichas personas resultan consustanciales a la división social occidental que nos organiza en hombres y mujeres, poniendo de manifiesto que dicha estructura binarista opera, aun cuando la gran mayoría de las veces esto pase inadvertido para las personas que no deben de cuestionárselo. Es por ello por lo que el presente capítulo consiste en ver cómo opera la ciencia a través de este sistema sexo-género, ejemplificado a través de las realidades trans. Esto es, dicho más claro, el ver cómo funciona el paradigma actual de anatomía-sexo-género-identidad dentro de la cultura profesional médica en la Comunidad de Madrid.

Para ello, habrá que ver cómo dicho sistema sexo-género no siempre se ha encontrado presente en la biomedicina, pues como nos enseña Laqueur (1990) históricamente no ha imperado el modelo de los dos sexos, sino que desde Galeno (en el S. II d.C.) hasta el S.XVIII, sólo un había un sexo (el que ahora se atribuye al hombre) pues se “demostró finalmente que las mujeres eran esencialmente hombres en los cuales una falta de calor vital – de perfección – se había traducido en la retención, en el interior, de las estructuras visibles del hombre” (Ibíd. 1994:21). De manera que las mujeres y los hombres provenían de la misma carne y éramos, por tanto – en esencia – la misma cosa ordenada en grados de perfección.

2 Término originario de Garfinkel usado por Butler (1993) para definir a una persona que ocupa un espacio distinto al que se le ha asignado al nacer pero que pasa por otra persona que sí que se encuentra legitimada para ocupar dicho lugar.

Si bien a priori puede parecernos que este modelo de un solo sexo – pero de dos géneros, pues ya existían roles diferenciados – se ha quedado obsoleto, no sabría decir hasta qué punto sería cierto, en tanto que este era el modelo que justificaba que la mujer resultaba biológicamente inferior al varón, y que estas devenían de un fallo – una falta de calor vital – durante el embarazo. Hecho que a día de hoy sigue vigente, traducido en las múltiples investigaciones que desde la biología achacan al estrés de la madre durante el embarazo consecuencias posteriores indeseadas de la persona gestada (Villa, 2016) – como pueden ser las investigaciones que buscan desde la biología el origen de la homosexualidad o la transexualidad.

No es hasta el siglo XVIII, y más fuertemente desde la llegada del capitalismo³ que surgió el modelo de los dos sexos y dos géneros, en el cual la mujer ya no se presentaba como una persona con un grado de perfección inferior, sino que éramos el resultado de una biología diferenciada que se presentaba complementaria a la del varón.

De esta manera, se pone de manifiesto que, aunque existan diferencias/semajanzas biológicas, las cuales deberán ser tenidas en cuenta y con qué objetivo final – no pertenece a la investigación empírica. – pues como reconoce Merton “el etnocentrismo no es compatible con el universalismo” (1980:359) y por consiguiente responden a motivaciones políticas y sociales. Amparadas y validadas gracias a la producción científica del conocimiento. Así, el discurso dominante pasó de ordenar los sexos de manera jerárquica a hacerlo – a priori – horizontalmente, como complementos que sirvieran para que uno de ellos se encargara de la producción, y el otro – ellas – de la reproducción.

Lo que pone de manifiesto esta historia, es que podemos rastrear toda una evolución y un interés

³ Si es que podemos situar el origen del capitalismo con la llegada de la Revolución Industrial que tuvo lugar en el siglo XIX, donde la importancia de la producción adquirió un papel protagonista.

científico a la hora de determinar en qué punto exacto y concreto de la anatomía humana se encuentra “de verdad” la diferencia sexual, si es que tal frontera existe. De tal manera que la construcción del sexo por parte de la ciencia ha ido molecularizando la vida. Pues dicha frontera no es algo a lo que – aún a día de hoy – hayan podido dar respuesta. De esta manera, se ha pasado de pensar que las diferencias eran “la misma carne, pero al revés” (Laqueur, 1990) a buscar diferencias externamente observables: como puede ser la genitalidad, o visibles a través de una radiografía; como es el caso de las gónadas. Al quedar dichas pruebas obsoletas pues no podían aplicarse a todos los casos, se ha ido virando el enfoque, re-direccionando de la anatomía a la genética (con los cromosomas XX ó XY). De esta manera observamos que la ciencia cambió su foco de atención en 1968, cuando se descubren los corpúsculos de Barr⁴. No obstante, para 1992 habían redescubierto que no se podía aplicar a todas las personas XX y, por consiguiente, también quedó como un sistema arcaico de medición a la hora de discernir quiénes éramos hombres y quiénes mujeres. (Fausto-Sterling, 2006; Fernández, 2016)

De esta evolución observamos cómo el paradigma del sistema sexo-género es capaz de sobrevivir incluso a las contradicciones y pruebas científicas que, en un intento de validarlo, realizan justo la función contraria. Ya que lejos de explicar la realidad, deviene en un montón de investigaciones e intentos fallidos por parte de la producción científica. Mostrando así, cómo la ciencia es esa narración ontológica que veíamos en el capítulo uno, y que genera toda una serie de discursos sobre las hormonas y la molecularización de la vida. De manera que la conclusión inmediata que podemos deducir de todo esto es la no existencia de una serie de moléculas femeninas o masculinas – las cuales no se han encontrado – sino la existencia de una feminidad y masculinidad que devienen de conceptos biopolíti-

⁴ También llamados cromatina sexual X porque son estructuras de cromatina presentes en el cromosoma X; y que se encuentran en el núcleo de las células somáticas de las hembras de algunos animales.

cos (Preciado, 2006) y que son aplicados al discurso científico. Este hecho de la molecularización de la vida resulta imprescindible para poder entender lo que posteriormente ocurre en las Unidades de Identidad de Género (en adelante UIG) y los discursos tan potentes que existen en sus entrañas respecto a las hormonas.

Al fin y al cabo, la transexualidad se ha visto presentada y concebida en términos de enfermedad. Tal es el punto, que es oficialmente considerada un trastorno desde la primera versión del SoC⁵ de 1979 y la publicación del DSM-III⁶ de 1980. (Misse y Coll-Planas, 2011; Platero, 2012, 2014; Pérez y Ortega, 2014; Ortega, 2014, Platero y Ortega, 2016) haciendo que desde ese momento el enfoque para abordar dicha cuestión fuera de carácter médico, pues se trata(ba) de una enfermedad que consistía en un desajuste entre el cuerpo de nacimiento y la no correspondencia con la identidad de género de esa persona. De esta manera se fueron medicalizando paulatinamente las identidades de género no normativas – no debemos de olvidar la coincidencia de que hasta esa misma edición del DSM-III la homosexualidad se encontraba incluida – de manera que se fueron generando todo un grupo de profesionales médicos cuya especialización fue el “tratamiento de la transexualidad”. Con el paso de los años tanto los estándares de cuidado (SoC) como el DSM han ido actualizando su nomenclatura: “transexualismo, trastorno de la identidad de género, disforia de género han sido los nombres sucesivos que ha ido adoptando sin que los criterios diagnósticos hayan variado sustancialmente” (Platero y Ortega, 2016). Por lo que, al final, desde su incorporación al DSM-III hasta el DSM-5 (2013) que es el manual vigente en la actualidad, la patologización de las identidades trans se sigue produciendo a través de estos manuales de diagnóstico.

5 Standards of Care for Gender Identify Disorder (SoC)

6 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Desde los años 80 el discurso médico tomó un papel protagonista dentro de las identidades trans y la regulación de sus cuerpos, permitiendo a los actores implicados en este ejercicio de la ciencia reproducir el orden social, pues así aquellos cuerpos que no se ajustaban a la norma se volvían susceptibles de ser intervenidos; en tanto se podía avalar que se trataban de cuerpos enfermos.

Cabe decir que la regulación de estos cuerpos a través de la medicina ha gozado de un gran éxito a lo largo de la historia, en parte, porque esta se ha encargado de desplegar toda una serie de dispositivos miméticos que no hicieron sino opacar el proceso para las personas no expertas (logos). En términos de Latour (1998) diríamos que ha cajanegrizado el proceso. Mas también tenemos que tener en cuenta que “el éxito del DSM-III y de su modelo diagnóstico hay que vincularlo no solo con el proceso de medicalización de la psiquiatría” (Ortega, 2014:99). Pues tal y como le ocurrió Boyle con la ciencia experimental (Shapin y Schaffer, 2005), los psiquiatras y psicólogos de 1980 se encontraban en un momento histórico en la cual su legitimidad se encontraba en tela de juicio, hecho devenido de la emergencia de nuevos agentes del mismo campo que les hacían competencia. Lo cual, sumado a aquellos profesionales que se encontraban tratando a personas transexuales sin cobertura de seguros, y apoyaban su inclusión para así optar a esa cobertura. Y finalmente – y paralelamente – coincidiendo con una serie de asociaciones de homosexuales que luchaban por dejar de ser considerados enfermos mentales y conseguir salir del DSM, por lo que una de las estrategias a seguir esa desvincularse completamente de las personas transexuales, travestis, queer, etc. (Ortega, 2014)

Así pues, podemos ver como el proceso legitimador no requería tan sólo de una intervención médica, sino de que dicho proceso fuera socialmente conocido y aceptado como que sólo podría producirse dentro de ese ámbito, quedando así relegado a unos pocos elegidos que serían los que se encon-

trarían (y encuentran) capacitados para realizar tales diagnósticos.

Diagnóstico que, desde hace 10 años que se aprobó la Ley 3/2007 ha venido suponiendo una serie de problemas que se mantienen vigentes en la actualidad y que vienen heredando todo un corpus de conocimiento que sigue creyendo en la ciencia como ese hacer aséptico e incuestionable. Y es que, en dicha ley – la cual supuso un avance en su momento en tanto que previa a ella la ciudadanía trans se encontraba desamparada – institucionalizó un procedimiento médico que ya se venía realizando, mas quedando este cristalizado y dejando a los pacientes trans fuera de la toma de decisiones, acotando sus posibilidades y sus márgenes de actuación. Esto es: la Ley 3/2007 establece en el Estado español una serie de limitaciones que generan controversias;

- El primer requisito – ya presente en el artículo 1 – es la obligatoriedad de tener la nacionalidad española.
- El segundo requisito es el cumplimiento de la mayoría de edad para poder acogerse a dicha ley.
- Y el tercero – que alude directamente al ámbito médico – es la obligatoriedad de haber sido “tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado” (BOE, 2007)

De esta manera, se establece la obligatoriedad asistir a un centro médico que tenga la capacidad de diagnosticar a estas personas, pues la acreditación de un informe médico colegiado o forense se vuelve una característica indispensable para aquellas personas que deseen modificar su corporalidad para así poder ser tratadas por el resto de la población acorde a su identidad de género. Este requisito vuelve indispensable el delegar en los expertos en salud. Dichos expertos se encuentran – principalmente, aunque no exclusivamente – concentrados en la Ofi-

cina de Identidad de Género (UIG) la cual se inauguró con la aprobación de la Ley 3/2007 y, ese mismo año abrió sus puertas. En la Comunidad de Madrid, se encuentra situada en el hospital Ramón y Cajal.

Dicha oficina, al igual que otras UIG repartidas en el territorio español, goza de una serie de pautas estructuradas para el quehacer de la ciencia médica. Pues la transexualidad que se ha impuesto desde este ámbito deviene un proceso que requiere una serie de pasos cerrados y estructurados que culminarían con la reasignación genital. (Missé y Coll-Planas, 2011),

En estas instituciones médicas nos encontramos con que todos los dispositivos se encuentran destinados a que estas personas se sitúen en algunos de los dos polos del sistema hombre/mujer, sin permitir que ninguna de ellas quede fuera ni en puestos intermedios, pues el culmen es generar una serie de sujetos que pasen por personas cis⁷, y/o se ajusten completamente al modelo existente.

Para ello se han publicado y seguido una serie de libros como el: *protocolo de intervención psicológica de la transexualidad* (2001) quedando definida la transexualidad como un trastorno mental que requiere necesariamente pasar tres fases, ahí expuestas: *experiencia de vida real, hormonación y cirugía*. Los cuales se convierten en los pasos necesarios y estándares para el tratamiento biomédico, que demuestran que ya desde antes de la aprobación de la Ley 3/2007 la transexualidad es un trastorno tratable mediante la “terapia triádica” (Ibíd, 2001:7) que es la aplicación de estas tres fases, y así evitar el pánico a estos cuerpos incongruentes con el sistema sexo-género-deseo que no se ajustarían al modelo de diferencia sexual y complementación. (Butler, 1993)

⁷ Esto es, persona cuya identidad de género corresponde con la asignada en el nacimiento.

Desde la estandarización del método – y que oficinas como la UIG siguen perpetuando – se ha venido limitando, imposibilitando o castigando a aquellas personas que no se ajusten a las peticiones, a los exámenes periódicos que les son requeridos y/o a los modelos de masculinidad/feminidad con los que trabajan.

No obstante, si aceptamos la premisa de que la biología es un sistema tecnovivo en el que ya están implicadas las interpretaciones – de carácter cultural – y que además la ciencia funciona produciendo metáforas performativas (Preciado, 2006) no debería extrañarnos que desde el activismo trans se haya venido criticando dicha estandarización del método, el cual incluye someterse a una serie de test psicológicos así como a “la escala de masculinidad-feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota [...] muy estereotipada” (Missé y Coll-Planas, 2011:58). Generando que las personas que no deseen ajustarse a dicho modelo estereotipado deban: o ajustarse a él, en cuyo caso veríamos como la ciencia tiene la capacidad de producir aquello que en principio intenta describir (cumpliendo con el carácter performativo de la ciencia) o bien, mentir en los cuestionarios a los que son sometidos para poder obtener los servicios sanitarios y la hormonación necesaria para vivir. Generando toda una serie de resistencias en los pacientes y una capacidad de agencia. En esta última situación en la que los pacientes mientan a los médicos, deberíamos preguntarnos ¿Quién sabe más? ¿Quién debería saber más, no es necesariamente quien más sabe? ¿Qué ocurre con el poder? ¿Se desplaza o se mueve a otro lado?

5.4. Empoderamiento y control de las personas de su salud

El 9 de mayo de 2017 se celebraba en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM las I Jornadas (trans)formando: Claves para el desarrollo de políticas públicas e Intervención en el Ámbito de la Salud. En la cual, Sandra Fernández Garrido – participante del Programa Comunitario de Salud, Diversidad Sexual y Diversidad de Género del Ayuntamiento – explicó la diferencia tan abismal que se

habían encontrado entre las personas cis LGB⁸ y las personas trans a la hora de estudiar los diálogos que se producen con el sistema sanitario, siendo este último mucho más fuerte.

Dicha afirmación, me dejó pensativa varios días. Al fin y al cabo, es una afirmación que puede leerse de muchas maneras, aunque quizás el nodo se encuentre en la consecución de derechos. Entendido como que las personas cis ya no requerimos de centrar nuestros diálogos y cuestiones ahí, como sí que ocurre con las personas trans.

El resto de la ponencia transcurrió con la explicación de los itinerarios terapéuticos de las personas trans y cómo, al mostrar lo que habían hecho personas concretas no hacían más que salir a la luz procesos de negociación que ponían sobre la mesa la encrucijada de poder descrita en el anterior capítulo y que hacen que la experiencia de acudir al médico se vuelva para estas personas – en el mejor de los casos – complicada.

Esto se debe a que bajo la denominación de transexualidad se gestan multitud de experiencias de identidad de género, las cuales sin duda sobrepasan la visión médica que hemos estado describiendo y que exige de una serie de pautas y procesos que constriñen dicha realidad. Basta una rápida búsqueda en internet para dar cuenta de esto; desde la página de Disforia de Género, a la de Carla Antonelli, pasando por todos los canales de YouTube de personas trans o el activismo transfeminista; podemos encontrar multitud de testimonios e historias de vida que – aun siendo individuales – se encuentran atravesadas por toda una serie de categorías sociales compartidas. Generando unas experiencias y saberes comunes que son fácilmente rastreables. Subyacente a esto, nos encontramos con la idea del miedo al rechazo, altamente compartida entre las identidades trans. Ese miedo – ya sea pasado, presente o futuro – es inherente a estas personas. Parece ser una asignatura pendiente por atender dentro de las instituciones médicas.

⁸ Lesbianas, gais y bisexuales.

Y es que, yendo más allá de la transfobia de los cuestionarios, esto se permea a todos los niveles de la atención sanitaria; en tanto que, si una persona trans debe acudir a urgencias o a otro médico por cualquier problema no asociado a su identidad de género, no es raro que les deriven a la UIG. En las Jornadas de *Biopolíticas de las Diversidades Sexuales. Hegemonía sexual y ciencia*, llevadas a cabo en la Semana de la Ciencia el 7 de noviembre de 2016 relataban testimonios de chicos trans, que, teniendo un cuadro ginecológico agudo, eran derivados a la socióloga y posteriormente a la psicóloga de la UIG. En un caso en concreto para que le dijeran a este hombre que había que volver a diagnosticarle su disforia de género – y no fue hasta que llegó a Atención al paciente que le dieron la razón – pues hasta ese momento le dijeron que no había problema con sus ovarios y que se trataba de un problema psicológico, cuando finalmente hubo que intervenirle quirúrgicamente. Este periplo dejó la demanda del paciente intacta desde el inicio, pero el daño a la salud del paciente se agravó en el tiempo que perdió, derivado de que esta no fue atendida.

Recupero este itinerario concreto porque realiza una triple función: por un lado, pone sobre la palestra que; o bien no sabían lo que podría ocurrir a unos ovarios que se encontraban residiendo en un cuerpo masculinizado por las hormonas o bien; que nos encontramos ante una medicina que sólo es capaz de reconocer determinadas patologías, dejando el resto de dolencias invisibilizadas o cajanegrizadas (Latour, 1998). Demostrando que la arquitectura del sistema sanitario funciona siempre y cuando no tengas ninguna diversidad, pues actúan como un sistema de control corporal.

Por otro lado, este ejemplo sirve para mostrar cómo la UIG – aun no siendo la única institución capaz de tratar a personas trans – produce un efecto embudo, una territorialización de la cuestión trans. En tanto que, si en algún momento de su historia una persona trans ha acudido a dicha oficina, todo el sistema se redirecciona constantemente a la misma.

Y en último término, estas malas experiencias individuales tienden a acabar circulando dentro del colectivo, generando así una ecología de saberes dentro del mismo que, en este caso, retroalimenta el miedo que todas estas personas parecen experimentar y – en este contexto en el que la verdad médica se ve como una promesa que resolverá la tensión de estas personas y volverá sus cuerpos habitables – resultan especialmente doloras. “¿Qué hacemos con la decepción de ese viaje prometido, cuando no sucede lo que tú quieres?” (Platero, 2012:193). De la mano de esta pregunta, surgen otras como: ¿dónde queda la capacidad de agencia de las personas trans en este escenario tan desalentador?

La respuesta a esta última pregunta se responde desde el activismo que – ligado a la academia – se encuentran realizando una labor de reivindicación social para que las identidades trans dejen de ser consideradas una enfermedad mental. Pese a que dicha movilización lleva años prologándose en el tiempo y ya en 2009 se inició una campaña internacional de *Stop Trans Pathologization – 2012* (STP – 2012) convocada por la Red Internacional por la Despatologización Trans (Suess en Missé y Coll-Planas, 2011:30). Esto se ha hecho especialmente visible desde la aprobación de la Ley de Identidad de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, también llamada Ley 2/2016, de 29 de marzo. Más que lo que dice la propia ley, de la que destaco el reconocimiento de acceso a una atención médica integral – psicológica, jurídica, social y laboral – fundamental que sea equiparable a la del resto de la ciudadanía madrileña; esta ley está suponiendo un cambio de hegemonía dentro de la cuestión trans, en tanto que existen múltiples organizaciones y ONGs dentro de la Comunidad de Madrid que ofrecen estos servicios (Médicos del Mundo, COGAM Trans, Fundación Daniela, Fundación Triángulo, Médicos de otros hospitales de la Comunidad de Madrid...) pero que hasta este momento tenían miedo a realizar publicaciones o darse a conocer en exceso por las posibles sanciones que les pudieran llegar desde la UIG y que ahora se encuentran en fase de expansión pues, gracias a la aplicación de esta ley autonómica

se han descentralizado todos los tratamientos en la Comunidad de Madrid. Excepto las operaciones de reasignación genial que siguen siendo potestad de la UIG. No obstante, esta multiplicidad de opciones que se habían visto históricamente relegadas a un segundo plano y siendo modelos desconocidos – cada vez más conocidos – para la población trans; sirven para mejorar la accesibilidad y normalizar la atención a las personas trans. Lo cual puede ser visto como una apuesta por parte de la Comunidad de Madrid por la despatologización. Pues hasta la fecha el desconocimiento servía como retroalimentación del modelo de la UIG; haciendo que poca gente conociera realmente el abanico de posibilidades existentes sin tener que recurrir a la sanidad privada. La cual no todas las personas pueden costearse.

De hecho, una de las demandas más grandes que se está llevando a cabo desde el activismo es intentar garantizar el acceso efectivo a la salud de las personas trans. Pues hasta ahora con lo que nos estamos encontrando es con un acceso nominal – pero que no es efectivo – en la medida de que existen toda una serie de barreras que hacen que no todas las personas puedan acceder en igualdad de condiciones a este sistema sanitario. ya sea por motivos económicos (no en todas las ciudades españolas hay oficinas UIG y no todas las personas pueden costearse los desplazamientos o la sanidad privada), de accesibilidad (gran parte de estas no se encuentran adaptadas a personas de movilidad reducida u otro tipo de diversidades funcionales) o de no discriminación en general. Asimismo, no debemos olvidar que la ley 3/2007 exigía tener la nacionalidad y más de 18 años para poder acceder al cambio de nombre y sexo en todo el Estado español. Por lo que las personas que residan aquí pero que no tengan la nacionalidad, así como los menores trans, también quedan excluidos dentro del sistema vigente.

Estas limitaciones; ya sean sociales, económicas o jurídicas, también afectan a la salud de estas personas en tanto que:

“La contribución de la asistencia sanitaria al estado de salud es muy pequeña, sólo un 20% de la salud depende del sistema sanitario, de la asistencia sanitaria. Es importante tener un buen sistema sanitario de calidad, porque es importante para paliar las enfermedades y curarlas. Pero la salud se hace fuera del sistema sanitario.” (Artazcoz, 2017)

La Dr. Lucía Artazcoz Lazcano tiene razón, la salud se hace fuera del sistema sanitario. No obstante, el no poder costearse el tratamiento o el desgaste que deviene de los itinerarios clínicos a los que las personas trans deben someterse para poder garantizar su plena ciudadanía y obtener un DNI cuyo nombre y sexo sean los reales y no los asignados en su nacimiento, conlleva que el hablar del sistema sanitario se vuelva condición indispensable, pues la transfobia reside tanto dentro, como fuera del mismo. Y las prácticas médicas al colectivo trans son altamente iatrogénicas.

Por ello, quizás deberíamos aprovechar que el motor de cambio se ha puesto en marcha y la cuestión trans se encuentra de moda en este país, ganando así visibilidad e interés político, para hacer una apuesta por una investigación expandida, entendida esta en la misma clave en la cual Lafuente (2013) nos habla de la educación expandida. Es decir, una investigación y una práctica médica que se lleven a cabo de una manera más abierta y participativa. Dejando de lado la mercantilización, privatización y banalización de las cuestiones trans. Una práctica médica que pueda salir de la UIG y desbordar los límites que fija la institución médica, sirviendo de puente para experimentar otras maneras de adquirir conocimiento, maneras que pasen – necesariamente – por escuchar las vivencias de las personas trans y así generar nuevos espacios de aprendizaje.

Apuesto por una práctica médica donde hablar de redistribución del poder no sea entendido como algo negativo en tanto que “quitarle poder a los médicos” sino más bien como una apuesta donde la propia práctica clínica se vuelva más sostenible sin tener que encontrarse sometidos al nivel de presión

al que se deben de encontrar actualmente, en el cual deben de tomar decisiones que afectan directamente a la autonomía de los pacientes, a la preservación corporal de las personas. Al fin y al cabo, “el tema de la transexualidad” no deja de ser un problema social que hemos depositado en la medicina. Pues si en lugar de responder a la metáfora (Lakoff, 2001) de “personas en el cuerpo equivocado” fuera entendido como marcos sociales equivocados, el problema no residiría en personas individuales que deben cambiar porque son ellas las que no se ajustan, sino que se trataría de un problema de visión social que no acepta que todo aquello que se encuentra enmarcado implica necesariamente que hay cosas que van a quedar ocultas.

No obstante, podemos decir que la biomedicina ha creado un problema social porque sigue intentando reproducir el modelo hegemónico en el cual nos encontramos inmersos. Y, aunque es completamente legítimo que las personas en concreto sigan intentando ajustar sus cuerpos a aquello que desean y que les facilite la vida; si entendemos la práctica médica como un sistema, debemos preguntarnos ¿para quién queremos construir la medicina? Dicha pregunta, que resulta común para pensar la ciencia en general y la práctica médica en particular, tiene sentido si la respuesta que genera es: para la gente. Para preservar la integridad y la autonomía de la gente.

Así, quizás deberíamos entender que la ciencia y las emociones no hacen mala ciencia, sino que permitirían generar relaciones nuevas entre pacientes y cuidadores. Así como que es desde distintos lugares donde podemos aportar distintos conocimientos, siempre situados y relacionamente. Pero que, en su conjunto, pueden aportar un escenario desde el que construir puentes para intentar acercar las realidades trans, el activismo, la academia y la práctica médica. A un lugar común que no sólo intente reproducir ese modelo binario siempre bajo el paradigma de normalizar. Sino para sustituir este modelo por otro donde se incluya a todas las personas implicadas en la toma de decisiones.

6. Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos conocido los principales rasgos del quehacer científico y como esta estructura, pauta y delimita las maneras en las cuales concebimos el conocimiento y lo aplicamos a prácticas concretas. Más concretamente en el caso del surgimiento de la Unidad de Identidad de Género del Ramón y Cajal y su proceder con las personas trans. Dicho trabajo se ha visto enmarcado dentro de los estudios de la ciencia en torno a las cuestiones de salud y los pacientes que han visto sus vidas reorganizadas por la biomedicina y han decidido recuperarlas a través del activismo sanitario.

De esa manera, hemos visto como la ciencia no es objetiva, aséptica y neutral, sino que viene sustentada por todo un sistema de creencias. Por ende, en contra del discurso hegemónico vemos que las emociones son una parte de la ciencia y que esta es una manera de hacer un tipo de pensamientos. Ciencia y emociones, son las que generan las relaciones entre pacientes y cuidadores. Aunque a día de hoy se sigue considerando que el saber es molecular y se invisibiliza esta cara de la moneda. Punto importante ya que, como también hemos visto, la ciencia posee una capacidad performativa en la vida de las personas, por lo que lejos de resultar *inocente* debería tener una responsabilidad política.

El sistema sexo-género actúa como policía del género, interiorizado en todas las personas, de manera que existen sanciones sociales a cualquiera que no se adapte al mismo, generando toda una serie de inercias que permean a la práctica clínica y provocan que el objetivo de la UIG sea redireccionarte ahí.

Debido a la posición que ocupan dentro del sistema sexo-género las identidades trans se encuentran altamente politizadas y cuentan con un discurso mucho más elaborado respecto a su condición de persona trans, pues deben de mentalizarse del desgaste que supone entrar en el circuito médico por el motivo que sea, aunque no tenga que ver necesariamente con su identidad de género.

El sistema médico actúa como una doble función: por un lado, generando toda una normatividad que impone sobre las corporalidades de todas y cada una de las personas y, por otro, responde a una serie de necesidades sociales que les exigen una serie de servicios, encontrándose con una gran presión en la toma de decisiones y acumulando una gran responsabilidad y poder, que no siempre resulta bien gestionada. Por lo que habría que repartir las tareas e incluir los sentimientos dentro de las arquitecturas médicas.

Así pues, este trabajo sirve para cuestionarse por qué no podríamos aceptar que la asignación de género que se nos atribuye en el nacimiento pudiera ser provisional. No trato de decir que haya que lanzar los cuerpos no dicotómicos a una lucha feminista para que hagan frente al sistema, sino más bien intentar mostrar como este es un campo que se nos está abriendo y que las intervenciones que se están llevando en la actualidad son a corto plazo, requiriendo de una serie de nuevas intervenciones donde las tareas de acompañamiento y cuidados no debieran caer en el desuso, pues podrían actuar para paliar la ansiedad, en lugar de paliar la ansiedad quirúrgicamente, tal y como se viene realizando.

Para finalizar, decir que la UIG es, por consiguiente, un efecto de la sociedad en la cual vivimos. No una causa. Dicho más claro, no por el hecho de que existan UIGs existe la discriminación, sino que la discriminación permea todas los niveles y estratos de nuestra sociedad, incluyendo la práctica médica. Por lo que, aunque gracias a las nuevas leyes y la descentralización de la UIG esta se ha visto disminuida, la transfobia seguirá presente en nuestras sociedades, requiriendo de un cambio en nuestros modelos y estructuras mentales para que esta sea aceptada a un nivel social, pues el problema jamás fue la identidad de estas personas, sino las desigualdades que achaca el que vivan acorde a su identidad de género sentida.

7. Fuentes y Bibliografía

- Artazcoz Lazcano, L. (2017): “Abordaje de las desigualdades de género en salud desde la epidemiología social” en *I Jornadas Internacionales de Antropología Médica y feminismo: las desigualdades en salud* (en línea): <https://www.youtube.com/watch?v=xGxe86UeVX8&list=PLo5bKz1SPdKD-VPPPS4zbiEQcGUAX3NJ1p&index=10> acceso el 5 de septiembre de 2017.
- Barnes, Barry (1981/1995) «Sobre el carácter convencional del conocimiento y la cognición», en Iranzo, J. Manuel, J. Rubén Blanco, Teresa González de la Fe, Cristóbal Torres y Alberto Cotillo, (1995), *Sociología de la Ciencia y la Tecnología*, Madrid: CSIC:115-139
- Becker, Howard S. (1982): “Los mundos del arte”. El poder de la inercia. Editorial de Quilmes. Buenos Aires. 2008, pp.99-111
- Berger, Peter L. y Thomas Luckmann (1968): *La construcción social de la realidad*. Edición Amorrortu, Buenos Aires, Madrid 2006.
- Bloor, David (1976/1994) “*El programa fuerte en la sociología del conocimiento*”, en Olivé, León (1994), *La Explicación Social del Conocimiento*, México: UNAM: 93-117.
- Bordón, Rosario y Lourdes M. García (2001): *Protocolo de Intervención psicológica en la transexualidad*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Comisión de Psicología Clínica y de la Salud. Año IV, nº43, diciembre 2001.
- Bronw, Harold (1988): “Percepción y teoría”, en *La nueva filosofía de la ciencia*. Tecnos ed.
- Butler, Judith (1993): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós. Buenos Aires.
- Collins, Harry M., y Robert Evans (2002): «The third wave of science studies: Studies of expertise and experience». *Social Studies of Science* 32 (2): 235-96.
- Cooley, Charles (2005). “El yo espejo”, *Cuadernos de Información y Comunicación*, n. 10, pp. 13-26.
- Echeverría, Rafael (2003): *Ontología del Lenguaje*. Lom Ediciones S.A. 1994, Chile
- Fausto-Sterling, Anne (2006) *Cuerpos Sexuados*. Editorial Melisuna, S. L. Barcelona.
 - Fernández, Sandra (2016): “Cuerpos insurgentes” ponencia impartida en *Biopolíticas de las diversidades sexuales. Hegemonía sexual y ciencia*. En Semana de la Ciencia: 7 de noviembre de 2016
- Fernández, Sandra (2017): “programa comunitario de salud, diversidad sexual y diversidad de género” ponencia impartida en *I Jornadas (trans) formando: Claves para el desarrollo de políticas públicas e Intervención en el Ámbito de la Salud*. En Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM: 9 de mayo de 2017.
- Feyerabend, Paul (1986) “Introducción y apartado 1” en *Tratado Contra el Método*. Tecnos.
- Foucault, Michel (1975/1995). *Historia de la sexualidad, Tomo I. la voluntad del saber*, Siglo XXI, México, 22ª edición.
- García Dauder, Silvia y Romero Bachiller, Carmen (2012), “Los desplazamientos políticos de las categorías médicas: Actores, discursos y relaciones en la controversia ‘Disorders of sex development’ versus ‘Intersex’”, en Eulalia Pérez Sedeño y Rebeca Ibañez (coord.) *Cuerpos y diferencias*, Ed. Plaza y Valdés: 213-240.
- Garfinkel, Harold (1967) *Estudios en Etnometodología*. Barcelona [2006]: Anthropos.
- Goffman, Erving (2003): *Estigma. La identidad deteriorada* (en línea): <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf> acceso el 1 de septiembre de 2017
- Haraway, Donna (1991/1995): “Conocimientos situados. La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial”, en *Ciencia, Cyborgs y Mujeres*, Valencia: Cátedra: 313-346.
- Haraway, Donna (1997/2004): “Testigo_Modesto@Segundo_Milenio” en *Testigo_Modesto@Segundo_Milenio.HombreHembra©_Conoce_Oncoración®*, Barcelona: UOC ed.
- Harding, Sandra (1986/2004): *Ciencia y Feminismo*, Madrid: Morata
- Kimmel, Michael (2015) “¿Por qué la igualdad de género es buena para todos, incluso para los hombres?” Charla TED (en línea) https://www.ted.com/talks/michael_kimmel_why_gender_equality_is_good_for_everyone_men_included?language=es acceso el 18 de abril de 2016

- Kuhn, T. (1962): *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, Fondo de Cultura Económica, edición de 1975.
- Kurosawa, Akira (1950): *Rashomon* [película] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=SNoVX8AGiow>
 - Lafuente, A.; Lara, T. (2013). “Aprendizajes situados y prácticas procomunales”, *Revista de la Asociación de Sociología de la Comunicación* 6 (2): 168-177
 - Lakoff, G. (2004): *No pienses en un elefante: lenguaje y debate político*. Editorial Complutense 2011.
 - Lakoff, G.; Johnson, M. (2001). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra. pp.39-71, 85-91 y 181-188
 - Latour, Bruno y Woolgar, Steven (1995): *Vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*, Madrid, Alianza
 - Latour, Bruno (1998) “La tecnología es la sociedad hecha para que dure” en Domènech, Miquel y Francisco Javier Tirado, *Sociología Simétrica*. Barcelona. Gedisa.
 - Laqueur, Thomas (1990): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra, 1994. Madrid.
 - Ley Orgánica 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. BOE, núm. 65 § 5585 (2007)
 - Ley Orgánica 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. BOE, núm. 98 § 6728 (2016)
 - Merton, Robert, K. (1942/1980) «La estructura normativa de la ciencia», en Merton, Robert K. *La Sociología de la ciencia*, 2. Madrid, Alianza: 355-368.
 - Merton, Robert K. (1968a/1985) «El efecto Mateo en la ciencia», en *La sociología de la ciencia*, vol. 2, Madrid: Alianza: 554-578.
 - Missé y Coll-Planas (2011): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Editorial Egales. Barcelona.
 - Pérez Sedeño, Eulalia y Esther Ortega Arjonilla (Eds.) (2014): *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Ediciones Cátedra. Madrid
 - Ortega Arjonilla, Esther (2014): *La cuestión de sexo/género en medicina: tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España*. Universidad de Santiago de Compostela [Tesis doctoral]
 - Platero Méndez, Raquel (Lucas) (ed.) (2012): *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*. Bellaterra, Barcelona.
 - Platero Méndez, Raquel (Lucas) (2014): *Trans*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona. Ed. Bellaterra.
 - Platero Méndez, Lucas. R y Esther Ortega Arjonilla (2016): *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares*. Edición de transexualia. Madrid.
 - Pichardo, José I. (2012): “El estigma hacia personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales” en Garivia, Elena; García-Ael, Cristina; Molero, Fernando (Coord.) *Investigación-acción. Aportaciones de la investigación a la reducción del estigma*. Madrid: Sanz y Torres. Pág. 11-125.
 - Pichardo, José I. (2017): *Curso de género, sexualidad y diversidad: bases teóricas y propuestas para la intervención frente a las discriminaciones sexistas y sexogenéricas*. En UNTREF, Buenos Aires, Argentina.
 - Romero Bachiller, Carmen y García Dauder, Silvia (2006) “Epistemologías feministas y democracia radical”, en Eulalia Pérez Sedeño (ed.) *Perspectivas actuales en ciencia tecnología y género*, Madrid: Biblioteca Nueva: 263-271.
 - Rubin, G (1996). “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo.” en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. M. Lamas,

Comp. México DF: UNAM.

- Saavedra Fuentes, J. (2013). “La ciencia como lenguaje y lo mensurable en la construcción del conocimiento científico.” En *Summa Psicológica UST*, ISSN 0718-0446, Vol. 4, N°. 1, 2007, págs. 47-58. 4. 10.18774/summa-vol4.num1-97.
- Shapin, Steven y Schaffer, Simon (1985/2005): *El Leviathan y la Bomba de Vacío. Hobbes, Boyle y la vida Experimental*.
- Villa, Elvira (2016): “Ciencia y género: deconstruir para construir” ponencia impartida en *Biopolíticas de las diversidades sexuales. Hegemonía Sexual y Ciencia*. En Semana de la Ciencia: 7 de noviembre de 2016
- Weber, Marx (1917/1997): “La ciencia como vocación” en *El político y el científico*. Alianza Ed.