

VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Ana Mines Cuenya

FCS-UBA-CONICET / UNLaM // Estudiante del Doctorado en Ciencia Sociales de FCS-UBA
anamines@yahoo.com.ar

Eje 8: Feminismos, Estudios de Género y Sexualidades

**La confección de la diferencia sexual en la formación de médicos/as en la Carrera de
Medicina de la UBA**

Palabras claves: diferencia sexual, sexo, bio-medicina, formación médica

*“Yo no quería ser diferente. Ansiaba ser todo lo que los adultos deseaban,
de modo tal que me quisieran. Seguía todas sus reglas, me esforzaba al máximo por complacer.
Pero había algo en mí que les hacía fruncir el ceño.
Nadie nunca le puso nombre a qué era lo que estaba mal.
Por eso yo temía que fuera algo verdaderamente malo.
Sólo llegué a reconocer el tema a través del constante estribillo:
'¿es varón o mujer?'" Leslie Feinberg Stone Butch Blues*

Introducción

En el presente trabajo nos proponemos¹ explorar cómo se construye la *diferencia sexual* en la formación de médicos y médicas llevada adelante por la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Para ello, analizaré un corpus compuesto por los relatos surgidos en entrevistas semiestructuradas a 24 estudiantes de la mencionada Carrera.

Parto del supuesto de que la diferencia sexual no es un dato dado, objetivo, trascendental en y/o del cuerpo, sino más bien, producto del entrecruzamiento de procesos históricos, biológicos, tecnológicos, culturales y sociales que, a partir de un determinado mapeo del cuerpo humano, organiza a los mismos de un modo binario. A partir de esto me pregunto, ¿cómo delimita la biomedicina las fronteras entre un “cuerpo femenino” y uno “masculino”? La diferencia sexual, ¿es una priori en la formación de médicos/as? ¿Dónde reside y en qué consiste la diferencia de entre los sexos?, ¿cómo y en qué términos se fundamenta la diferencia sexual en la formación médica de la Carrera de Medicina de la UBA y qué efectos produce en la misma?, ¿qué rol juega la organización binaria de los cuerpos en “femeninos” y “masculinos” en el saber médico?

Entiendo y utilizo la noción de *diferencia sexual* en tanto artefacto teórico que me permite acercarme al análisis del corpus abordando los sentidos cristalizados que se asocian a los cuerpos según sean “de mujer” o “de varón”, a los mecanismos mediante los que esta diferenciación se produce y legitima en términos biomédicos al mismo tiempo que me permite pensar y abrir las fisuras en pos de (re)interpretar las representaciones de los estudiantes de medicina sobre la biología del cuerpo humano intentando poner en crisis el orden de la Naturaleza.

Para llevar adelante lo aquí propuesto, exploraré distintos abordajes e investigaciones referidas a la diferencia sexual, muchos de los cuales asumen una perspectiva feminista. Luego, haré un breve pasaje por algunas discusiones en torno a los alcances y características de los procesos bio-médicos contemporáneos focalizando en sus posibles efectos sobre la noción de cuerpo y diferencia sexual. Por último, indagaré en el modo en el operan las prácticas y los discursos biomédicos que circulan en la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en la construcción de la diferencia sexual en tanto efecto productivo.

¹ En este trabajo voy a usar la tercer persona del plural, no sólo para ajustarme al estilo académico, sino porque entiendo a la producción de conocimiento como una tarea colectiva. Igualmente, vale aclarar, que quien firma este trabajo es la única responsable de lo que aquí se afirma.

La diferencia sexual

En nuestras sociedades occidentales contemporáneas, la existencia de *varones* y *mujeres* se presenta como algo evidente. La organización de los baños y sus respectivos carteles señaladores “damas” y “caballeros”, nuestro DNI, el número con el que se inicia el CUIL (20 para varones y 27 para mujeres), la solicitud para que se indique “F” o “M” en cualquier formulario laboral, educativo o sanitario son algunos ejemplos que dan cuenta de que el sexo es algo profundamente institucionalizado y cristalizado. En otras palabras, muchas veces experimentamos el sexo como si fuese una obviedad. Sin embargo, este supuesto ha sido puesto en cuestión tanto desde un parte del activismo feminista, lésbico, travesti, trans e intersex como desde algunos sectores de la academia.

Nos preguntamos, ¿el sexo es una cuestión biológica dada, operada, significada o interpretada por la cultura a través de las normas de *género* (varón/masculino y mujer/femenina?), en otras palabras, ¿es el sexo a la Naturaleza lo que el género a la Cultura? (Stolcke, 2000) Retomando los aportes autoras feministas, podemos afirmar que los sexos y sus diferencias no remiten exclusivamente a una *descripción* de los cuerpos, sino que más bien son producto de múltiples entrecruzamientos culturales, biológicos, políticos e históricos y que, en tanto tales, constituyen una poderosa dimensión productiva, de inteligibilidad y organización social (Butler, 2002; Fausto-Sterling, 2006; Wittig, 2006).

Según Fausto-Sterling, el binomio sexo-Naturaleza/género-Cultura fue apuntalado tanto por la sexología como por las propias las feministas de los años '70². Desde ambos frentes se elaboró y difundió una noción *género* que refería a la dimensión política y cultural con la que se significaban los cuerpos biológicamente femeninos o masculinos. En efecto, se puede señalar que esta noción de género ha calado profundamente la cultura occidental y, con ella, se han establecido huellas que funcionarán como modelos a partir de los cuales problematizar la organización (hetero) sexual (y masculinista) de nuestras sociedades. Empero, tal como afirma Fausto-Sterling (2006), entender que el género nada tiene que ver con el sexo biológico tuvo como efecto no sólo el abandono de la problematización del cuerpo biológico a las corporaciones

²Según Fausto-Sterling “Money, Ehrhardt y las feministas de los setenta establecieron los términos del debate: el sexo representa la anatomía y la fisiología, y el género representaba las fuerzas sociales que moldeaban la conducta. Las feministas no cuestionaban la componente física del sexo; eran los significados psicológico y cultural de las diferencias entre varones y mujeres –el género- lo que estaba en cuestión. Pero las definiciones feministas del sexo y género dejaban abierta la posibilidad de que las diferencias cognitivas y de comportamiento pudieran derivarse de las diferencias sexuales” (2006, p. 18).

biomédicas sino también la reinscripción del binomio Naturaleza/Cultura. Así, es posible pensar, tal como lo afirma Grosz (2011), que la teoría feminista ha privilegiado lo epistemológico (discurso) sobre lo ontológico (real). Haraway (1995) afirma que las nociones de “identidad de género” así como la distinción entre “sexo” y “género” han servido como importantes instrumentos conceptuales para el feminismo pero también como una pantalla para que nociones como “sexo”, “cuerpo”, “naturaleza”, “biología” proliferen de modo no examinado, no teorizado e incluso deshistorizadamente.

Retomando estos planteos, en este texto nos preguntamos cómo dar cuenta de la diferencia sexual no sólo en el plano discursivo sino también a partir de su dimensión material (bio-tecnológica); es decir, cómo problematizar el cuerpo (carne), junto y más allá de las representaciones del mismo (Butler, 2002; Fausto-Sterling, 2006; Fox Keller, 2000; D. J. Haraway, 1995; Hird, 2012). A partir de los señalamientos recién mencionados, en este trabajo retomaré algunas producciones teóricas, como las de Rodhen, Gorz, Hird, Haraway y Fausto-Sterling, las cuales analizan diferentes aspectos de la dimensión sexo biológica de los cuerpos, para más adelante, analizar de manera situada, la construcción de la *diferencia sexual* en la Carrera de Medicina de la UBA.

Entiendo la noción de *diferencia sexual* no como la mera descripción de una realidad dada sino como un artefacto teórico que me permite acercarme al análisis del corpus abordando diferentes dimensiones (escalas y temporalidades) del mismo. A los fines de tal análisis propongo pensar la diferencia sexual en tres niveles según sus diferentes grados de endurecimiento o reificación: el primero que llamo *nivel de los dos sexos dados*, el segundo *analítico-interpretativo* y un tercero *ontológico-material*. Cabe señalar, que esta distinción responde a fines analíticos, y que en los procesos sociales que abordamos, no sólo no operan de manera pura o aislada sino de modo yuxtapuesto.

El *nivel de los dos sexos dados* refiere al nivel en el que generalmente hablamos de los sexos y sus diferencias en la vida cotidiana: el sexo se sume como autoevidente, como un dato dado, establecido, del que sólo se da cuenta. Lo que el sexo es, está dado a priori. Éste consiste en una economía dual que va a organizar los cuerpos en dos grandes grupos: femeninos y masculinos. En este nivel se asume como *lo real* el binomio hombre/mujer. Cabe señalar que para proliferar en el sentido común, este nivel precisa de un nivel analítico-interpretativo que lo justifique y legitime así como de uno ontológico-material, sobre el que los dos anteriores se

puedan parar y presentar como posibles. Así, la diferencia sexual *de los sexos dados* se relaciona con y justifica con la noción de reproducción. En efecto, las capacidades reproductivas diferenciales naturales atribuidas a cada sexo, son un factor fundamental en el establecimiento de los componentes del binomio y de sus diferencias (las cuales hoy pueden ser revisadas a la luz de las tecnologías reproductivas). Si bien los sexos no simétricos (los femeninos tienen determinadas características los masculinos otras), sí serían complementarios. Ahora bien, estas representaciones de los sexos y sus diferencias son posibles a partir de una ontología de los cuerpos binaria, discreta, estanca, transparente, acabada y accesible, la cual se instala con la fuerza de una realidad dada, aunque esta deba ser, a veces, bio-médicamente construida. En efecto, para que el nivel de los *sexos dados* sea funcional y operativo (como efectivamente lo es) éste tiene que estar acompañado por un sólido concepto de *sexo normal*. Tal como lo afirma Canguilhem “lo normal biológico sólo es revelado (...) por las infracciones a la norma” (2011, p. 86). Los cuerpos que no se adapten a los parámetros normales (por ejemplo, un clítoris demasiado grandes, pene demasiado chico, que en lugar de ovarios o testículos haya ovotestes – mezcla de tejido testicular y ovárico-, penes en los que la uretra no esté en la punta, etc.) serán, protocolos mediante, normalizados por vía quirúrgica en la primera infancia (Cabral, 2009). La medicina, entonces, será un campo privilegiado desde el cual se efectúa esta “normalización” (mutilación) de los cuerpos en pos de reinscribirlos (tecno biomédicamente) en el orden de los sexos “naturales” (Cabral, 2009; Fausto-Sterling, 2006; Preciado, 2002).

Ahora bien, a fines de poder ampliar nuestro horizonte interpretativo, repondremos elementos de un *nivel analítico-interpretativo* feminista, crítico de lo dado. El objetivo principal de éste es considerar los aportes que abordaron las complejas relaciones entre los (inescindibles) elementos semióticos y materiales que componen a los sexos y sus diferencias ya que, tal como afirma Fausto-Sterling, “interpretar la naturaleza es un acto sociocultural” (2006, p. 99). Por ejemplo, Fox Keller (2000), física y especialista en historia de las ciencias, se pregunta sobre la productividad del lenguaje en el conocimiento científico. Afirma que las formas de conceptualizar los diferentes procesos inciden en el curso de las investigaciones científicas, ya que de algún modo, promueven determinadas formas de ver, enfatizando o haciendo posibles algunas interpretaciones en detrimento de otras. Por otro lado, según Fausto-Sterling nuestro lenguaje (masculinista y binario) no da alternativas para nombrar a sexos que no son ni machos ni hembras o que quizás son ambos (Fausto-Sterling, 2006). En efecto, estas autoras no sólo se

acercan a la diferencia sexual a partir de la problematización de los términos que se pretenden descriptivos, sino que abordan sus efectos en la organización, representación, manipulación, sobre los cuerpos.

Como dijimos más arriba, el binomio sexual (masculino/femenino), no es simétrico. Por un lado, podemos decir que el cuerpo masculino opera como la unidad parámetro a partir de la cual se interpretará el femenino proliferando pares de sentidos atribuidos los cuerpos como activo/pasivo, lleno/vacío, fuerte/débil (Braidotti, 2004; Irigaray, 1974). Por otro lado, tal como afirma la socióloga Rohden hay un "gran porcentaje de trabajos sobre los órganos y funciones reproductivas femeninas que no tienen correspondencia en el caso de los hombres" (2004, p. 185). Asimismo, "la vida reproductiva masculina no es problematizada por la medicina en función de la reproducción" (2004, p. 185). La Ginecología ha sido concebida como una disciplina que atiende a las mujeres, pero no hay una rama equivalente para los hombres. "De un lado, la mujer es tratada en el discurso médico como eminentemente presa de la función sexual/reproductiva, diferentemente del hombre. Por otra parte, cuando se habla de reproducción la mayoría de las veces se habla de mujeres y raras veces de varones" (Rohden, 2004, p. 186).

Ahora, vamos a reponer algunos elementos de un nivel *ontológico-material*, sobre el cual podría sustentarse el nivel analítico-interpretativo recién desarrollado. La ya citada Fausto-Sterling propone la idea de continuum biológico: "Machos y hembras se sitúan en los extremos de un continuum biológico, pero hay muchos otros cuerpos (...) que combinan componentes anatómicos convencionalmente atribuidos a uno u otro polo" (Fausto-Sterling, 2006, p. 48)

Por otro lado Haraway afirma que "no existe separación ontológica fundamental en nuestro conocimiento formal de la máquina y organismo, de lo técnico y de lo orgánico" (1995, p. 305). Esta autora (1999) afirma que la naturaleza y su representación en términos estables es un tropos que no podemos parar de desear pero que ningún modo podemos alcanzar. En efecto, para ella, la ontología de la naturaleza es la multiplicidad y la contingencia en una relación indelimitable con los procesos tecnológicos. Por ello, si pensamos que la naturaleza es un constructo relacionado con la contingencia de una multiplicidad de factores, podríamos considerar, tal como lo hace Rohden (2004), tanto en la noción de "cuerpo inestable" -el cual debe recrearse una y otra vez (incluso mediante la intervención biomédica)-, como en la noción de "naturaleza precaria".

Por su lado, la socióloga Hird y la filósofa Grosz convocan a un alejamiento de la epistemología de la representación poniendo en crisis, especialmente, la perspectiva humanista como clave interpretativa de los procesos biológicos. Hird afirma que “el punto de vista humanista es importante si la meta es normalizar la diferencia sexual” (Hird, 2012, p. 223) ya que el humanismo es condición para normalizar la diferencia sexual y proyectarla como medida al resto de los seres vivos. Grosz, por su lado, critica al feminismo de los ´70 ya que, según ella, éste promueve una ontología de la equivalencia a partir de la idea del Uno humano dado por el modelo masculino. Propone, en cambio, la búsqueda de una ontología propia para cada uno de los sexos. Como parte de esta ontología, Grosz y Hird se proponen pensar los procesos biológicos desde una mirada anti teleológica en la cual la unidad de medida o escenario de arriba no sea el ser humano, sino que éste sea uno más entre las especies vivientes (Grosz, 2011; Hird, 2012).

Nos damos la posibilidad de introducir esta dimensión ontológica del cuerpo (inestable y contingente, no organizada de acuerdo a un modelo humanista ni masculinista), ontología sensible a expresiones de multiplicidad, ya que creemos que ella puede ser una grieta a partir de la cual ampliar los márgenes de sentido que nos permitan profundizar en un proceso reflexivo de desnaturalización de categorías así como ampliar nuestro horizonte en relación a lo posible y lo deseable entorno a los cuerpos.

La bio-medicina

En este trabajo voy a utilizar el concepto, evidentemente construido (y por ello el uso del guion) *bio-medicina*³ para, someramente, dar cuenta de la compleja composición del campo médico actual. Incorporo el prefijo *bio* para señalar la incidencia en la medicina de las múltiples transformaciones que se han producido en los últimos años en el campo de la ciencia y de la técnica (Burri & Dumit, 2007; Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman, 2003; Rose, 2012; Sibilia, 2009). Al mismo tiempo, conservo la noción de *medicina* para señalar la persistencia y vigencia de elementos que serían propios de un paradigma anterior (Camargo, 2005; Foucault, 2002, 2003, 2008; Menéndez, 2009; Passos Nogueira, 2008). Sin embargo, *bio-medicina* también es más que la suma de ambos términos, ya que los efectos de las transformaciones señaladas modifican la práctica médica al tiempo que la práctica médica afecta los desarrollos bio tecnológicos (Burri & Dumit, 2007; Camargo, 2005, 2012; Rose, 2012). En efecto, pienso que

³ Cabe aclarar que en este trabajo se hablará de medicina o biomedicina (sin guion) respetando los conceptos utilizados por cada uno de los diferentes autoras/es citados/as.

este concepto es de gran utilidad para pensar el caso específico de la Carrera de Medicina de la UBA ya que en la misma conviven elementos propios de la medicina clásica (cercana a lo que Menéndez define como modelo médico hegemónico) con los efectos de las mutaciones biotecnológicas contemporáneas.

Distintos/as autores (Burri & Dumit, 2007; Camargo, 2012; Rose, 2012) afirman que en las últimas décadas los saberes en torno al cuerpo se han modificado a la luz de veloces transformaciones en los campos bio y tecno científicos. La medicina no ha permanecido aislada respecto a estas transformaciones.

Siguiendo al sociólogo Martins (1997), podemos distinguir y delinear por lo menos dos corrientes o tradiciones en el desarrollo de la ciencia y la técnica de los últimos tiempos: la *prometeica* y la *fáustica*⁴. Tal como afirma el propio Martins, en la práctica, los aspectos prometeicos o fáusticos se encuentran mezclados. Los elementos de estas tradiciones también pueden superponerse, e incluso, presentarse en contradicción y/o tensión. Idealmente, a cada una de estas corrientes le corresponde un modo hegemónico de entender la naturaleza, la biología, el cuerpo humano y sus procesos, el desarrollo tecnológico y sus alcances, etc.

La *tradición prometeica* surge en paralelo al desarrollo de las sociedades industriales. En este marco, la ciencia, a través de su método y práctica, permitiría el acceso a un mundo material exterior, objetivo, dado. Su misión sería conocerlo en su pureza, sin que este objetivo se vea condicionado por otros intereses, externos a la ciencia. En efecto, aquí el uso y desarrollo de la técnica se encuentra, teóricamente, supeditada a los fines de la ciencia. La naturaleza, caótica e incluso azarosa, se presenta como algo parcialmente asequible y cognoscible. Según la antropóloga Sibilia, quien retoma las reflexiones de Martins, esta tradición se caracteriza por su “fe en el progreso material, en la perfectibilidad de la técnica y en los avances de la ciencia como conocimiento racional de la naturaleza” (2009, p. 38).

Por su parte, la *tradición fáustica* se caracteriza por concebir la naturaleza no sólo como algo asequible, sino también controlable, diseñable y modificable. De la mano de los desarrollos de la biología molecular, la genética, las neurociencias, etc. las limitaciones asumidas por la ciencia prometeica parecen superadas. Ahora, la vida orgánica y sus misterios no sólo pueden conocerse sino que manipularse. Según Sibilia, “la tecnociencia contemporánea constituye un saber de tipo fáustico, pues anhela superar todas las limitaciones derivadas del carácter material

⁴ Si bien estas tradiciones tienen cierta correspondencia con determinados contextos histórico-políticos, su distinción remite a las necesidades de análisis teórico.

del cuerpo humano” (2009, p. 43). En esta tradición se invierten las relaciones y ahora son la ciencia y sus metas quienes dependen de los desarrollos de la técnica.

Según Sibilia, para la corriente prometeica el cuerpo es algo que se inscribe en el ámbito biológico, éste puede ser conocido, curado, reparado. El imaginario en torno a él se corresponde con una concepción mecanicista del mismo. Así, el cuerpo se presenta organizado en sistemas y subsistemas, que a su vez están conformados por una serie de órganos relacionados entre sí, según el establecimiento de sus funciones (Camargo, 2005). Podríamos decir entonces que el cuerpo del imaginario prometeico es un *cuerpo anatómico*.

Para la corriente de inspiración fáustica, la naturaleza ya no se descompone según el régimen mecánico-geométrico, sino más bien de acuerdo con el modelo informático-molecular. Desde este modelo, el cuerpo es visto, abordado y representado a escala molecular, escala en la que el discurso de la genética no sólo tiene fuerte relevancia (Rose, 2012) sino que se presenta como información irrefutable de los cuerpos (Fausto-Sterling, 2006; Fox Keller, 2000; Sibilia, 2009). Asimismo, este cuerpo es susceptible de ser “diseñado” (Sibilia, 2009). Podríamos pensar que desde el imaginario fáustico el cuerpo es un *cuerpo molecular*.

Pienso que el campo bio-médico está conformado por la yuxtaposición de elementos de ambas tradiciones, la prometeica y la fáustica. Tal como afirman Burri y Dumit, la biomedicina no es algo homogéneo, en efecto “consiste en una multiplicidad de negociaciones y prácticas contingentes” (2007, p. 2). Por ello los modos en los que se definen las enfermedades (la vigencia o no del binomio salud enfermedad y sus efectos, la incidencia de la noción del riesgo, y sus efectos), en los que se ve y piensa el cuerpo (cuerpo anatómico, cuerpo molecular) y en los que se indican determinados tratamientos y terapias (paliativas y/o preventivas) son oscilantes, e incluso conllevan tensas relaciones entre el viejo y nuevo alineamiento entre lo normal y lo patológico (Burri & Dumit, 2007; Camargo, 2012; Menéndez, 2009; Rose, 2012).

Por otro lado, según Camargo la biomedicina carece de una doctrina o cuerpo de definiciones teóricas coherentes, es más, según él, el papel ejercido por la teoría es parcial y contingente. Así, la biomedicina no dispone de un hilo conductor claramente enunciado por lo que muchas de las definiciones que igualmente orientan las prácticas de sus actores (como por

ejemplo “enfermedad”, “salud”, “cura”, y hasta mismo “ser humano”), sin ser explícitas, son productivas⁵ (Camargo, 2005, 2012).

Camargo también señala otras dos características que quisiéramos traer a cuenta. Primero, si bien desde la biomedicina se habla de multicausalidad, en la práctica predominan los modelos de causalidad lineal. Por otro lado, el señalamiento de que el saber médico asociado a lo teórico-científico es más valorado que el relacionado a la práctica y a los saberes semiológicos, (los cuales se identifican con lo artesanal -opuesto a lo científico) relativamente despreciados. Sin embargo, afirma Camargo, en el momento del ejercicio médico esta relación se invierte. Asimismo, según este autor, las acciones de prevención y promoción de la salud representan un estatus inferior frente a las “intervenciones concretas” representadas por intervenciones medicamentosas y quirúrgicas. Otra característica señalada por Camargo es la alusión recurrente a tres dominios que la biomedicina debería tener en cuenta: la biología, la psicología y la sociología. Sin embargo, agrega, “los términos ‘psico’ y ‘social’ no pasan de referencias genéricas subordinadas a la primacía del discurso biológico” (2012, p. 59)

Aunque atravesado por la tecnología⁶, Camargo (2005) señala, que el proceso de diagnóstico se lleva a cabo frente a una “normalidad ideal”, la cual constituye el plano de fondo frente al que se contrastan los datos clínicos y de laboratorio. Asimismo, esta “normalidad”, oficia de encuadre cognitivo para las investigaciones, los debates y las polémicas.

Presentación y caracterización del corpus

El objetivo de este apartado es presentar algunos aspectos generales de la Carrera de Medicina de la UBA (en adelante la Carrera) así como ponerla en diálogo con algunas de las tensiones señaladas en el apartado anterior. Como vimos, la bio-medicina es un campo desde el que se impulsan los cambios bio tecnológicos al mismo tiempo que es transformado por ellos. En efecto, pienso la Carrera en diálogo con los procesos científicos, culturales, tecnológicos de las

⁵ Según Camargo, sin ser “discutidas, impregnan cada parte de la actividad médica, sin someterse a los cánones del dogma científico. Tales representaciones se convierten en una especie de ‘cuerpo teórico’ paracientífico, como un conjunto de categorías propias” (2005, p. 186).

⁶ Asistimos al incremento del uso de exámenes complementarios como herramienta determinante en la idea de calidad en el proceso de definición de diagnósticos. Burri y Dumit (2007) afirman que esta dependencia hacia estudios complementarios cambia el modo en el que el conocimiento médico es producido, distribuido y aplicado. Según ellos, promueve el crecimiento de una práctica médica estandarizada en la cual el uso de guías y protocolos, en tanto soportes técnicos de las decisiones, transforman el trabajo médico (Burri & Dumit, 2007). Tal como afirman Burri y Dumit (2007) y Sibilia (2009) y Rose (2012) la noción de riesgo incide cada vez más en el modo de abordar los procesos corporales. Burri y Dumit (2007) afirman que, en clara relación con la expansión de la noción de riesgo y el temor que lleva aparejado, en los últimos años se dio un creciente uso de métodos de diagnóstico predictivos (entrelazados con los desarrollos de otras ciencias de la vida como la genética y las neurociencias).

ciencias de la vida y la salud, no sólo porque esta se hace eco de estas transformaciones, sino también porque de ella surge una parte importante de los/as futuros/as actores y actrices que llevarán adelante los procesos del campo biomédico.

La Carrera, de casi dos siglos de existencia, es una propuesta educativa de nivel universitario cuyo objetivo es formar médicos/as profesionales. De aquí se ha graduado una importante porción de quienes actualmente componen el cuerpo médico de Argentina⁷. Según su plan de estudio vigente⁸, aprobado en el año 2009, la extensión de la currícula es de seis años y se organiza en tres ciclos: el Biomédico, el Clínico y el Internado Anual Rotatorio. El *Ciclo Biomédico*, de tres años de duración, está compuesto por materias de contenido predominantemente biológico⁹ (como Anatomía, Histología-Embriología-Genética-Biología celular, Fisiología y biofísica, Química biológica). La segunda parte de la Carrera consiste en el *Ciclo Clínico*, compuesto por materias como Medicina 1-compuesta por Semiología y Fisiopatología-, Medicina 2 –Medicina Interna-, Dermatología, Infectología, Neumonología, Neurología, Cirugía general, Urología, Obstetricia, Ginecología, Pediatría, etc.). Este ciclo se propone como objetivo desarrollar competencias y habilidades clínicas así como integrar contenidos. La Carrera ofrece (rotativamente, es decir que no todos los cuatrimestre se ofrece lo mismo) como escenarios para este ciclo más de 150 hospitales de CABA (en su mayoría públicos) y Provincia de Buenos Aires (e incluso algunos ubicados en otras provincias del país). El *Internado Anual Rotatorio*, un tiene una duración total de 30 semanas. El mismo tiene diferentes rotaciones: Cirugía, Clínica, Pediatría y Ginecología las cuales duran siete semanas, mientras que Atención Primaria de la Salud y Salud Mental duran dos semanas cada una.

En esta investigación se analizarán los relatos obtenidos en entrevistas semi-estructuradas realizadas durante los años 2012 y 2014 a veinticinco estudiantes de la Carrera

⁷ Según el Anuario de Estadísticas Universitarias publicado en el año 2012, de un total de 63.827 de estudiantes de distintas carreras de medicina de universidades nacionales de Argentina, 30.612 corresponden a la Carrera de Medicina de la UBA. En el mismo año, se egresaron de la misma 1.439, siendo la Carrera con más egresos del año (le sigue la Universidad Nacional de Rosario con 747). Para más información puede consultarse en http://informacionpresupuestaria.siu.edu.ar/DocumentosSPU/diu/anuario_2012.pdf Cuadro 2.1.12 (Último acceso: 02/11/2015).

⁸ La misión que se establece en el mismo es formar médicos/as, que entre sus competencias tengan la capacidad de adaptarse a “los cambios del entorno y del campo científico-tecnológico; y con sentido de la responsabilidad como encargados de la promoción, mantenimiento y restauración de la salud”. Eso se afirma el documento mediante el que se aprobó su última modificación en el año 2009. Datos del expediente: EXP-UBA 2.086.325 y 24.635/2009. Lugar y fecha: Buenos Aires, 16 de diciembre de 2009. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_uba/2009-12-16_7591.pdf [Último acceso: 10/10/2015]

⁹ Según la investigación llevada a cabo por Buraschi y sus colaboradores, este ciclo se caracteriza por la asistencia de una “cantidad desmedida de alumnos”, por la “falta de aplicación y ejercitación de la información para contribuir a transformarla en conocimiento significativo” (Buraschi et al., 2005, p. 448). El Ciclo Clínico se caracteriza también por “la breve duración de los cursos de algunas materias que aportan la práctica (...), la ausencia o insuficiencia de la función tutorial de los docentes, las evaluaciones inadecuadas, etc.” (Buraschi et al., 2005, p. 448).

(transcriptas y devueltas a los/as entrevistados/as). Considerando que consiste en una carrera de 6 años de cursada, se entrevistaron a cuatro estudiantes de cada año, dos varones, y dos mujeres, (salvo en 5to año que se entrevistaron tres mujeres).

La diferencia sexual en la Carrera de Medicina de la UBA

Es este apartado analizaremos los relatos de estudiantes de la Carrera intentando detectar cómo opera la diferencia sexual en la formación de médicos/as propuesta por la misma. Tal como mencionamos en la introducción de este trabajo, en nuestras sociedades contemporáneas, el sexo es algo profundamente institucionalizado y cristalizado.

Particularmente, la bio-medicina, es una disciplina, quizás la única, que ofrece un discurso “científico”, el cual intenta definir, delimitar y proponer verdades sobre el sexo biológico. Sin embargo, como veremos, en las entrevistas, no es posible delimitar “lo científico” del “sentido común” ya que ambos registros se encuentran entrelazados e incluso, mutuamente embebidos. Es probable que el sexo sea, también para los/as estudiantes, un campo que movilice temores, prejuicios, pudores, vergüenzas e inseguridades, sentimientos que no parecen tener un lugar curricular ni formativo en donde volcarlos, reflexionarlos y/o problematizarlos. Lejos de esta problematización, en las entrevistas los prejuicios aparecen con un estatus similar al de las definiciones “científicas”.

Por otro lado, y a modo de inquietud, nos gustaría preguntarnos cuánto del modo binario, dado y estanco que tiene la bio-medicina de producir sus saberes en general y en torno al sexo en particular, se relacionan con que la misma es una ciencia aplicada, sobre el cuerpo y sobre la vida de personas concretas. ¿Qué otro tipo de saber sería posible para una ciencia como la medicina?

Para realizar lo aquí propuesto, organizamos, a partir de las entrevistas, algunos sentidos emergentes relacionados a la diferencia sexual, vinculados, entre otros, al “sexo biológico”, “el aparato reproductivo”, “las patologías relacionadas al sexo”, “hermafroditismo”. También procuramos caracterizar las prácticas que se llevan adelante en los hospitales a los que estos/as estudiantes asisten en el Ciclo Biomédico, asumiendo que las mismas dan cuenta de cómo se organizan no sólo las representaciones, saberes y prácticas sobre los/as pacientes sino también la organización espacial cuerpos (sala de internación y terapia intensiva) según el “sexo biológico”. Para ello, proponemos seis dimensiones o modos de organizar los sentidos emergentes en las

entrevistas: 1- La frontera entre lo psico-social/biológico, 2- Las verdades genéticas del “sexo biológico”, 3- Una biología mecánica y asimétrica: Lo masculino / Lo femenino, 4- El sexo a priori, evidente, dicotómico y excluyente, 5- La diferencia sexual en la organización hospitalaria de las internaciones, 6- Lo biológicamente patológico: “el hermafroditismo”.

La frontera entre lo psico-social/biológico

Es notable la regularidad con la que los/as estudiantes se refieren a “lo social” y “lo biológico” como dos instancias independientes, inconexas, estancas y delimitables. Pareciera que el binomio Naturaleza/Cultura es una clave organizadora de la formación médica. En efecto, esta división funciona no sólo para referir a los procesos corporales que ellos/as estudian, en los cuales, por ejemplo, lo psíquico es algo “social” –construido y maleable- mientras que la fisiología es algo “biológico” –como lo dado-, sino también a las diferentes materias que componen la currícula. Como afirmamos arriba, lo que se identifica como algo del campo “social”, no acarrea más que definiciones generales, mientras que “lo biológico” precisa de una zambullida profunda y de su buceo en detalle.

Algo recurrente en las entrevistas fue que al interrogar específicamente por la definición “médica de sexo” (suponiendo que la hubiese) los y las estudiantes referían a materias que ellos/as identificaban como sociales. Quizás esta distancia tiene alguna relación con la diferencia disciplinaria entre la entrevistadora y los/as entrevistados/as.

“Una y otra vez siento resistencia de parte de los/as estudiantes a hablarme de “lo biológico”. Siento que piensan que a mí, que soy socióloga, ese tema no debe interesarme o que quizás, no lo puedo comprender” Notas de campo, 26/09/2014

En efecto, para lograr relatos en torno al abordaje del “sexo biológico” tuvimos que interrogar explícitamente por él:

P: Y ¿se te ocurre algo ligado a lo que es una definición de sexo y sexualidad en lo que viene siendo tu trayecto por la carrera?

R: Y de las que cursé ahora nada, lo que tiene que ver con el programa de la materia, nada

P: ¿Tampoco en su dimensión más biológica?

R: No, o sea, lo único que puedo llegar a relacionar es lo que tiene que ver con cuestiones más hormonales, tanto masculino como femenino, pero en ese sentido, lo puramente

fisiológico. No tanto como uno lo puede ver en otras materias, como Embriología por ejemplo, que claramente está más relacionada

P: Y en lo puramente fisiológico, ¿qué salía?

R: Y lo que sale creo que es también, depende de qué perspectiva uno entra. Tratando de ser objetivo en lo que sale, es, primero una visión desde la biología es decir lo que sucede en el cuerpo y nada más, o sea, tenés estas hormonas, pasa esto y no en todos los libros, no hay un planteo quizás más social o cultural de lo que es o de lo que significa los cambios que pueden haber en el cuerpo. Estudiante, 2do año

El sexo biológico se asocia con algo que está allí, dado, pasible de iluminado con la mirada médica y que por lo tanto sólo debe *describirse*. En estos relatos, aparece una representación del cuerpo relacionado con lo que llamamos el *cuerpo anatómico*, organizado en sistemas que a su vez están compuestos por unidades órganos.

“[La materia Anatomía] es simplemente una descripción, como que yo te diga, bueno, tenés adelante esto, atrás esto relacionado con esto, por acá pasa otra cosa que le da el nervio o le da irrigación y no sé, el útero está anterior al recto y posterior a la vejiga y hasta ahí, ¿me entendés? meramente descriptivo, en todos los sentidos...” Estudiante, 3er año

P: ¿Cómo te parece que se define al “sexo” en la carrera?

R: Creo que se define de una manera totalmente biológica... o sea, desde la Anatomía... los enfoques de todas las materias que tuve hasta ahora fueron muy masculino/femenino, órganos masculinos/órganos femeninos, hormonas masculinas/hormonas femeninas... y cómo esas hormonas definen a un sexo en contraposición a otro... Estudiante, 3er año

El cuerpo parecería *ser* exclusivamente materia biológica mientras que lo social aparece como su exterioridad.

“(...) desde medicina hay una visión hegemónica del médico, como te mencionaba, que planteado desde lo biologiscista y científicista, desde la formación hay muy pocas materias en las cuales se discute el lado más social o humanista de la persona, lo que tiene que ver con la salud mental, todo lo que está afuera del cuerpo” Estudiante, 2do año.

Por otro lado, se puede señalar los modos disímiles de abordar las dimensiones biológicas y sociales. Mientras que lo biológico “se describe” y se estudia rigurosamente, lo social es fácil y prescindible. En la Carrera hay sólo dos materias percibidas como sociales:

Bioética y Salud Mental. También están Salud Pública, Medicina Familiar, pero estas prácticamente no son percibidas de este modo.

“En Salud Mental ... (...) ahí estás hablando del rol humano (...) en las otras por lo menos está hablando de algo concreto de si hay o no hay un testículo... y a qué corresponde... clasificar una pelvis, si es femenina o masculina...” Estudiante, 3er año

“No, de hecho bioética 1 y 2 si no te sacaste un 10 la gente se ríe de ti [...] Yo estudié para mi final, rendí a las 12 del día y estudié desde las 8 de la mañana hasta las 12 del mediodía y me saqué un 10... eso en la carrera no lo haces con ninguna materia... o sea, si me preguntas que aprendí, aprendí a contestar un examen en 15 minutos...” Estudiante, 6to año

Las verdades genéticas del “sexo biológico”

La noción de “sexo biológico” se identifica con las características que relacionamos al nivel de los sexos dados. Esta noción de sexo promueve una economía dual a partir de la que se organiza a las personas, posibles pacientes, en dos grandes grupos, hombres y mujeres. En efecto, se piensa como si fuera una sustancia binaria y determinada a priori. En las entrevistas da la sensación de que el sexo aparece como autoevidente y omnipresente. El sexo, muchas veces tácito, habla por sí mismo y su sola definición aportaría un caudal de datos relevantes y con efectos organizadores en el saber médico.

Se establece... una relación, el sexo es reproductivo, esa es la idea... después tenés métodos para evitarla, pero el fin es reproductivo... después cuando nos hablan de anticonceptivos, en Fármaco... en nutrición... después hay una cuestión de que los anticonceptivos orales dañan un poco el cuerpo de la mujer... estábamos viendo una clase sobre hipercolesterolemia... y los anticonceptivos te aumentan los lípidos en sangre... la sexualidad aparece todo el tiempo, pero nunca nos ponemos a hablar de eso. Estudiante, 5to año

“Para mí hay una realidad, que es, aparte de la elección del género, la realidad es que para el médico prevalece mucho el sexo, si se quiere cromosómico... biológicamente un hombre es un hombre y una mujer es una mujer, y ahí, a lo que es la elección de la sexualidad cada uno hace lo que se le place...” Estudiante, 4to año

A la hora de definir qué es el sexo, los/as estudiantes remiten a explicaciones de tipo genética. Así, aparece la noción de *cuerpo molecular*, es decir, aquel cuerpo visualizado en una nueva escala (molecular-genética). En este caso, la genética se asocia a una representación de

mayor validez, en detrimento de otros anclajes a partir de los que se define/ía el sexo, como lo son los genitales. En otras palabras, el sexo está dado por nuestra genitalidad y nuestras hormonas, aunque no exclusivamente, ya que, en última instancia, lo que prevalecería es nuestra genética.

R: El sexo se lo define estrictamente muy puntualmente por algo que no tiene que ver con los genitales... sino como un intercambio de información...

P: ¿Cómo sería eso?

R: Bueno, tiene que ver con la capacidad de compartir información genética de los individuos, o elementos de una misma especie... en la serie que hace al sexo. Estudiante, 3er año

El sexo se define por nuestra capacidad genética de intercambiar información, lo que, asumimos, define a la reproducción. Si bien no está explícito, tras esta idea de capacidad de intercambio de información, subyace una noción de complementariedad.

Las definiciones “biológicas” se ven inescindiblemente afectadas por el uso binario e irreflexivo de categorías. Así, se naturaliza la existencia de los componentes del binomio “masculino” y “femenino” asociándolos a roles sociales como, por ejemplo, la maternidad.

R: Una de las fallas es que no haya receptor para esta hormona, pero entonces la hormona está, pero desarrollás todos los genitales femeninos... lo que se ve en Epigenética es que como son cosas separadas, por ahí te desarrollaste perfecto, con todos los receptores que tenías a nivel genital, pero hay otros receptores a nivel cerebral que no captan andrógenos, por ejemplo... entonces la testosterona no hace la acción en el cerebro que tendría que hacer...

P: ¿Que cuál sería?

R: Masculinizar el cerebro

P: ¿Y eso en qué consiste?

R: Consiste en que crear conexiones especiales... por ejemplo las femeninas son todas las que te dan el instinto materno y un montón de cosas... hay un cerebro femenino y uno masculino... puede ser hormonal, puede ser Epigenético. Estudiante, 4to año

Los/as estudiantes remiten a la posibilidad de “la elección” de género, pero “biológicamente” hay determinaciones que nos hacen, en última instancia, hombres o mujeres. Los fundamentos biológicos de más peso son los que provienen de la genética, dimensión que representa a la supuesta biología de origen, y luego, las hormonas las cuales responderían a un

registro biológico de origen o adquirido – por ejemplo tratamiento cruzado o sustitución de hormonas. Si bien con esto parece opacarse la impoluta claridad propia del cuerpo anatómico, mientras que se habilitan algunas flexibilidades propias del cuerpo molecular, el binomio, en tanto ontología de la naturaleza sexual, se recrea.

“... y la realidad es que si es un travesti, vos tenés que tener en cuenta que si no se hizo ninguna operación y si no tiene hecho el cambio hormonal, lo tenés que tratar como un hombre, con sentimientos de mujer, es así, pero tiene las patologías de un hombre, es así... ahora, si tiene hecho el cambio de sexo y está tratado con hormonas lo vas a tener que ver desde un lado de mujer, porque tiene todas las hormonas de una mujer... entonces si bien parece haber un cierto rechazo porque sí es una mujer o no es una mujer, cómo la trato, etc., la realidad es esa, vos te tenés que fijar en lo biológico, en lo sexual y en lo persona... y si el tipo es biológicamente un hombre y tiene las hormonas de un hombre lo vas a tratar con un hombre, pero cuidándote de que tiene sentimientos femeninos, se cree mujer... cómo explicarlo... ¿se entiende?” Estudiante, 5to año.

Pareciera que la única dimensión relevante para la medicina es aquella que se define como biológica. La otra, la referida a lo social, a los sentimientos, a la identidad, a las relaciones sociales, etc. aparece como prescindible, complementaria, si se quiere, un extra para el saber médico.

Una biología mecánica y asimétrica: Lo masculino / Lo femenino

Como vimos, la formación médica asume a priori la existencia biológica de hombres y de las mujeres. Otro modo en el que estos sentidos se ponen en juego, tienen que ver con la organización de los *cuerpos anatómicos*, según sus funciones reproductivas. Siguiendo un modelo mecanicista de representación, organización y abordaje, los cuerpos se distinguen por sus “aparatos sexuales femeninos” y los “aparatos sexuales masculinos”, los cuales, a su vez, se superponen con los “aparatos reproductivos”. En efecto, la función reproductiva de los órganos aparece como algo que debe ser cuidado, velado y en lo posible salvado por la práctica médica.

P: “Y cuando se aparece el aparato sexual...”

R: “Se dice aparatos sexual-reproductor, nunca sexual solo...” Estudiante, 5to año

“Obviamente al tema de la reproducción nos lo ponían, por ejemplo, en Ginecología nos ponían delante de un caso de histerectomía, que teníamos que sacar todo el útero, eso

siempre se le tiene que informar, advertir a la paciente, sobre todo si es una paciente joven, (...), si tenemos que sacar y la mujer va a quedar estéril o infértil, eso sí se advertía, 'pasa tal cosa y te vamos a tener que sacar el útero, ¿estás de acuerdo?' o tratar siempre se conservar sobre todo si es una paciente joven" Estudiante, 6to año.

Por otro lado, los relatos de los/as estudiantes invisten con el sentido de *lo activo* a lo que es biológicamente masculino mientras que *lo pasivo* sería lo propio de lo femenino.

"...se diferencian en todo, son dos aparatos completamente diferentes. El masculino, adentro de los testículos tiene unos tubos que se llaman seminíferos, que están de forma constante, todo el tiempo haciendo espermatozoides, todo el tiempo, todo el tiempo... y el femenino es todo lo contrario" Estudiante, 1er año

"En el caso de Anatomía (...), que se ve de esa forma digamos, incluso en el libro dice algo así como que la vagina es el aparato reproductivo para que ingrese el pene... quizás un poco más detallado, pero eso..." Estudiante 2do año

"A un embrión, si vos no le das estímulo se desarrolla mujer, ahora si le das un determinado estímulo que es esta hormona, se forma un varón..." Estudiante 3er año

"Las hormonas lo que va a hacer es afectar la expresión corporal de una persona y provocar que se desarrollen lo que se llaman los caracteres sexuales secundarios, o sea, si vos tomás testosterona te va a crecer pelo y si yo tomo estrógenos me van a dejar de crecer los pelos..." Estudiante, 4to año

El sexo a priori, evidente, dicotómico y excluyente

En la formación médica, lo biológico aparece como evidente y transparente. Por ello (re)conocerlo es una tautología (el sexo se define por el sexo). Cuando la transparencia binaria y a priorística se opaca, por ejemplo, ante la presencia de pacientes travestis y trans, los relatos de los/as estudiantes dan cuenta de una profunda inquietud y ansiedad.

"Por ahí viene una persona con cambio de género y vos lo ves, y es un tipo, pero es una mina, y lo ves una mina pero es un tipo, a lo que voy, biológicamente, y a eso un médico tiene que saberlo sí o sí porque biológicamente no es lo mismo, no es lo mismo una persona que se hizo una operación de genitales, que tomó hormonas durante un montón de tiempo y que llegó a lo que llegó..." Estudiante, 4to año

La información sobre el sexo de alguien, que según los relatos de los/as estudiantes debería ser obvia, no lo es. Cabe preguntarnos, ¿qué está operando en la cabeza de este/a estudiante, qué es lo que le genera ansiedad?, ¿por qué piensa que es posible que algún o alguna paciente le “esconda” información que resultaría relevante para su propia atención, a pesar de su salud? La ansiedad y supuesta necesidad de saber el sexo “biológico” (en el caso de este relato se mezcla sexo de nacimiento con sexo producido) “si o si” se afirma *antes* de especificar qué tipo de patología o dolencia está suponiendo. ¿Para atender un/a paciente que se presenta con un golpe, una herida, una infección, una gripe, etc. es necesario saber su sexo?

La diferencia sexual en la organización hospitalaria de las internaciones

Los/as estudiantes que tienen contacto con el sistema hospitalario como parte de su formación son aquellos/as que asisten al Ciclo Clínico. En las entrevistas, ellos/as comentan algunos modos en los que se organiza, según sexo, la atención en estas instituciones. Las salas de internación, los análisis de laboratorio, las historias clínicas se ordenan rigurosamente en “varones” y “mujeres”.

Esta organización parece ser puesta en crisis ante la presencia de una travesti o un o una trans. Los/as estudiantes refieren particularmente a cómo se (re)organizan las salas de internación (ya que estos/as pacientes, en su mayoría, llegan por guardia) ante la demanda de una travesti u hombre o mujer trans. Ante su presencia, los/as médicos/as consideran tanto el sexo genético (para atenderla/o de manera correcta es necesario saber su “sexo biológico”, ya que, según los/as médicos/as, “biológicamente” no es lo mismo atender un varón que una mujer”) como el genital (porque la visibilización de sus genitales en la sala del otro sexo puede hacer “sentir mal” a las otras pacientes) de los/as pacientes, por encima de la voluntad de los/as mismos/as, de la regulación vigente (Ley de Identidad de Género¹⁰) y de su documento de identidad.

“Generalmente van a salas de hombres las chicas trans. Por una cuestión de que está estipulado así y también por una cuestión de los otros pacientes (...). Yo quiero respetar su género entonces la mandarí a sala de mujeres, pero al mismo tiempo ellas pueden estar incómodas en la sala de mujeres porque a veces estás totalmente en pelotas en la sala de mujeres... (...) Entonces por las demás pacientes y por ellas mismas que pueden estar incómodas

¹⁰ Su texto se encuentra disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm> (Último acceso: 02/11/2015)

en esa situación en la que están totalmente expuestas y se pueden sentir juzgadas por otra gente”
Estudiante, 4to año

Si bien la decisión de la sala a la que debe ir una “chica trans” aparece como estipulada a priori por la institución, también se pone en juego un argumento de tipo moral como la supuesta “incomodidad” ante la posible desnudez de una paciente. La genitalidad y su visibilidad, opera aquí con más peso que el nivel hormonal en la definición de a qué sala debe ir esa paciente. Se asume que en sala de varones habría menos problema ya que todos/as tienen pene (cómo si la única marca sexuada de un cuerpo trans fuera el pene), por lo que, de algún modo, se menosprecia e invisibiliza la construcción corporal de las mujeres trans y travestis, la cual afecta a todo el cuerpo y su expresión.

“a las personas trans la ponen en la sala de hombres, con lo cual, eso genera ciertas cosas de los demás pacientes, de los médicos... particularmente hablaba con uno que contaba historias más bien divertidas que había tenido con pacientes travestis, (...) por ahí si más desde el chiste... (...) yo creo que esa cuestión, apareció, digamos se hizo presente hace mucho tiempo y desde ese momento se va viendo cómo se resuelve... por ejemplo te digo esto como un dato, lo ponen en la sala de hombres pero le ponen un biombo al trans, entendés, una cosa un poco más privada, una especie de leve separación con el resto de la sala” Estudiante, 4to año.

Entre chistes y biombos se resuelve, precaria y artesanalmente, internar a las travestis y a las mujeres trans en la sala de hombres. No hay mayor reflexión de por qué, quién se beneficia, a quién se violenta, ni qué derechos se vulneran. Se opera, a pesar de la persona internada, mediante un hacer irreflexivo que reproduce el orden de los sexos dados.

Lo biológicamente patológico: “el hermafroditismo”

Los/as entrevistados/as afirman saber con precisión cómo son y cómo se definen lo que llaman “patologías del desarrollo sexual”, las cuales se asocian al obsoleto diagnóstico de “hermafroditismo”. Sin embargo, ninguno/a de los estudiantes entrevistados/as atendieron alguna vez un caso que se enmarque en esos diagnósticos ni escucharon de alguien que lo haya hecho. ¿Qué efecto tiene el modo en el que se da este conocimiento? ¿Es formar médicos/as con herramientas para atender a una persona intersex? ¿O se trata de una delimitación de fronteras entre los sexos mediante una fetichización/patologización de lo diferente? Lo patológico es aquello que no puede organizarse en la clave dicotómica de la diferencia sexual. Ante el supuesto

de una *diferencia* biológica no dicotómica manifiesta, esta se reorganiza y reinserta en el binomio masculino/femenino a través de supuestos patologizantes y normalizadores.

“se habla todo el tiempo, en primero en Genética, en Embriología, por una cuestión que es del mismo desarrollo, y es de estos temas que se repiten todo el tiempo, después de habla en Endócrino, porque son, no son tan frecuentes, son más frecuentes de lo que uno piensa pero no son tan frecuentes, o sea, el hermafrodita verdadero medio que no existe, pero si se pueden dar un montón de patologías genéticas que pueden dar sexos a medio andar de cada uno... que no son verdaderos hermafrodita, el verdadero hermafrodita tiene útero, vagina, ovarios y aparte genitales masculinos, ese es el verdadero, eso no hay, o sea, realmente no hay, por ahí tenés todos los genitales internos femeninos, y pene, eso es pseudo hermafroditismo... después tenés Klinefelter que son XXY, están los que son XO” Estudiante, 4to año

Si bien los/as estudiantes remiten haber visto “patologías del desarrollo sexual” en materias de primer año (especialmente en embriología y genética) cabe señalar que los/as mismos/as recuerdan con precisión una buena cantidad y especificidad de diagnósticos, sus causas y sus supuestos efectos.

“la malformación en el desarrollo parte con el tema del gen SRI que no funciona, (...) esa es la primera patología, si no lo tienes puedes tener un pseudo hermafroditismo, después también, producto de las hormonas en el desarrollo intrauterino, se iban desarrollando distintos conductos que se tenían que expresar por la presencia de hormonas y si esas hormonas fallaban o si fallaba el receptor, eso también definía que tus órganos sexuales no se iban a desarrollar completamente, o si se sobreexpresaba la testosterona, por ejemplo, ibas a tener una parte muy viril, externamente, pero como eras genéticamente mujer, ibas a tener hipogonadismo o gónadas atrofiadas... esos son los problemas de hermafroditismo o pseudo hermafroditismo a distintos niveles” Estudiante, 6to año

La norma y sus efectos sobre el saber médico se hacen presentes, apuntalando y organizando “lo sano”, en contraposición a lo definido como “lo patológico”. En estos casos, en los que, hipotéticamente, lo biológico expresa diversidad y alteridad respecto de lo normal, “diferencia sexual natural” no ha de ser revisada, sino reinventada como patología por los modos de organización de los cuerpos de la biomedicina.

A modo de cierre

La construcción de la diferencia sexual en la Carrera puede ser pensada más bien como una confección. Según el diccionario de la Real Academia Española, confeccionar es la “acción de preparar o hacer determinadas cosas (...), generalmente por mezcla o combinación de otras”¹¹. En efecto, como vimos, la confección de la diferencia sexual es en parte producto de una práctica médica que parece artesanal, mientras que a veces parece fríamente estandarizada. A veces viene teñida de sesgos prometeicos y en otras ocasiones de sesgos fáusticos. Es un imperativo cultural, a la vez que producto de un determinado conocimiento bio-médico. En efecto, no es posible delimitar los pares de los binomios recién enunciados ya que ambos operan yuxtapuestos.

En la confección de la diferencia sexual se mezclan prácticas y discursos bio-médicos para los cuales, tal diferencia es tanto motor como resultado. En otras palabras, la diferencia sexual es un *efecto productivo*, ya que, como vimos, no sólo es recreada de múltiples modos en la formación de médicos/as, sino que también es una viva dimensión organizadora de los saberes que se imparten y circulan en tal formación.

¿Qué es el sexo en la formación médica? Podemos señalar ciertos clivajes. Por momentos, parece tener alguna relación con el auto-reconocimiento de cada paciente, mientras que por otros parece deberse exclusivamente al mandato de nuestros genes. Las explicaciones multicausales sirven hasta que se presenta la posibilidad de tener un paciente concreto al frente. En ese momento, y en nombre de una correcta intervención médica, se privilegia una causalidad lineal referida a una lectura sorda e irreflexiva de cierta biología y se olvidan o postergan las otras dimensiones que configuran el sexo de las personas (como la identidad, las emociones, los sentimientos).

¿Puede la bio-medicina, mediante un ejercicio reflexivo, incorporar elementos críticos de lo que aquí definimos como nivel analítico-interpretativo en sus modos de enseñar y de ejercer? ¿Es posible pensar una disciplina como la bio-medicina a partir de una ontología de la contingencia? Detrás de esta pregunta no hay expectativas de una respuesta sino más bien ánimos para pensar en y a partir de otros horizontes nuestros cuerpos y su relación con la disciplina que hoy, mayormente, regula nuestros procesos vitales.

¹¹ <http://lema.rae.es/drae/?val=confecci%C3%B3n>

Bibliografía utilizada

- Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. España: Gedisa.
- Brissón, M. E., & Galli, A. (2005). Conferencia Argentina de Educación Médica: agendas, aportes y temas Emergentes. *Educación Médica*, 8(1), 38–47.
- Burri, R. V., & Dumit, J. (2007). Introduction. In R. V. Burri & J. Dumit (Eds.), *Biomedicina as culture*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2002). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Cabral, M. (Ed.). (2009). *Interdicciones: escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, Argentina: Anarrés.
- Camargo, K. T. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7(1), 45–68.
<http://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100003>
- Camargo, K. T. (2012). A medicina ocidental contemporânea. In M. T. Luz & N. Filice de Barros (Eds.), *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde. Estudos teóricos e empíricos*. Río de Janeiro, Brasil: CEPESC - IMS - UERJ - ABRASCO.
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <http://doi.org/10.2307/1519765>
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Caronte.
- Fox Keller, E. (2000). *Lenguaje y vida: Metáforas de la biología en el siglo xx*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Grosz, E. (2011). *Becoming Undone: Darwinian Reflections on Life, Politics, and Art*. Duke University Press.
- Haraway, D. (1999). Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/ble. *Política y Sociedad*, 30, 121. <http://doi.org/>

- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Universitat de València.
- Hird, M. J. (2012). Digesting Difference: Metabolism and the Question of Sexual Difference. *Configurations*, 20(3), 213–237. <http://doi.org/10.1353/con.2012.0019>
- Irigaray, L. (1974). *Speculum. Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Saltés.
- Martins, H. (1997). Technology, modernity and politics. *Lua Nova: Revista de Cultura E Política*, (40-41), 279–322. <http://doi.org/10.1590/S0102-64451997000200013>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Passos Nogueira, R. (2008). *La salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima.
- Rohden, F. (2004). A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre sexos. In A. Piscitelli, M. F. Gregori, & S. Carrara (Eds.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Río de Janeiro, Brasil: Editora Garamond.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE: Editorial Universitaria.
- Sibilia, P. (2009). *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Fondo de Cultura Economica.
- Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? Retrieved November 1, 2015, from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26701403>
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.