

MÁS ALLÁ DE LA CRÍTICA DE LA MEDICALIZACIÓN. NEOLIBERALISMO Y BIOPOLÍTICAS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

*Beyond the Critique of Medicalization.
Neoliberalism and Biopolitics of Sexual Identity*

FRANCISCO VÁZQUEZ GARCÍA *
francisco.vazquez@uca.es

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2013

Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2013

RESUMEN

En este artículo utilizamos la perspectiva de los Estudios sobre Gubernamentalidad con objeto de captar la peculiaridad de la actual configuración biopolítica (neoliberal o liberal avanzada) en relación con el tratamiento de la ambigüedad sexual y de género. Con este objeto, se toma como ejemplo el caso histórico español. Nuestro objetivo es elaborar una distinción idealtípica de configuraciones históricas comparables, poniendo en relación los diferentes regímenes de verdad y formas de subjetividad con las diversas modalidades de gubernamentalidad biopolítica.

Palabras clave: biopolítica; identidad sexual; intersexualidad; neoliberalismo; estudios sobre gubernamentalidad.

ABSTRACT

Newspapers and magazines as well as TV programs have been using People with Disabilities to elicit sympathy. From telethons to documentaries disability is rendered either as a fate worse than death or as an inspiring icon meant to inspire disabled and non disabled alike to rise beyond the strictures of their lives. This article explores the conundrum between inspirational narratives built around people with disabilities in the Media and the neoliberal narratives on personal responsibility.

Key words: biopolitics; sexual identity; intersexuality; neoliberalism, studies of governmentality.

* Universidad de Cádiz.

1 LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LOS REGÍMENES DE BIOPODER. MÁS ALLÁ DE LA CRÍTICA DE LA MEDICALIZACIÓN

En los estudios procedentes de las ciencias sociales acerca de las formas de subjetividad que ponen en cuestión la distinción binaria entre sexos o géneros (como sucede con las personas trans e intersexuales), predomina absolutamente la perspectiva conocida como “crítica de la medicalización”¹. Nacido en el contexto de las re-

¹ En el ámbito latino y español, y en relación con la transexualidad, véanse por ejemplo Óscar GUASCH, “La medicalización del sexo”, *Revista ROL de Enfermería*, 179-80 (1993), págs. 27-32; José Antonio NIETO (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, Madrid: Talasa Ed., 1998; José Antonio NIETO, “Transexualidad: sus supuestas causas innatas”, *Sistema*, 193 (2006), págs. 75-96; José Antonio NIETO, *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Barcelona: Bellaterra, 2008; Norma Mejía, *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*, Barcelona: Bellaterra, 2006; Pol Galofre Molero, “La nueva ley... ¿es tan buena como nos la venden?”, en VVAA, *Transexualidad: situación actual y retos de futuro*, Oviedo: Concellu de la Moceda, 2007, págs. 147-154; Patricia SOLEY-BELTRÁN, “Transsexualism in Spain: a cultural and legal perspective”, *Sociological Research online*, 12 (2007), 1, <http://www.socresonline.org.uk/12/1/soley-beltran.html> [consultado el 9 de junio 2013]; Patricia SOLEY-BELTRÁN, *Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*, Barcelona: Bellaterra, 2009, págs. 438-39; Gerard COLL-PLANAS, *La voluntad y el deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso de trans, gays y lesbianas*, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2009, pág. 341; María Dolores CANO-CABALLERO GÁLVEZ, *La construcción social del cuerpo en personas transsexuales*, Granada: Universidad de Granada, 2010, págs. 52 y 211; Antar MARTÍNEZ GUZMÁN y Lupicinio ÍÑIGUEZ RUEDA, “La fabricación del trastorno de identidad sexual: estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad”, *Discurso y Sociedad*, 4 (2010) 1, págs. 30-51; Carsten BALZER, “Eu acho transexual é aquele que disse: eu sou transexual. Reflexões etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil, en Miquel MISSÉ y Gerard COLL-PLANAS, *El género desordenado*, Barcelona: Egales, 2010, págs. 81-96; Fernando TENA DÍAZ, *Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad en Andalucía*, Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 2010, pág. 17; Adrianna FIGUEIREIDO, “‘Se pudesse resurgir, viria como o vento’, Narrativas da dor: corporalidade e emoções na experiência da travestilidade”, *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 8 (2011), págs. 90-112, 96-97; Mario Felipe DE LIMA CARVALHO, “A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transsexuais”, *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 8 (2011), págs. 66-62; VVAA., *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*, Madrid: Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2012; Ester ÁLVAREZ GUILLÉN, *Transexualidad: de cómo la cirugía de reasignación sexual pasa de ser una necesidad a convertirse en una imposición social*, Baeza: Universidad Internacional de Andalucía, 2012. 20-21. El planteamiento equivalente en relación a la intersexualidad puede encontrarse en Nuria Gregori FLOR, “Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales”, *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1 (2006), 1, págs. 103-124; Silvia GARCÍA DAUDER, Carmen Romero Bachiller y Esther Ortega, “Cuerpos insumisos y mutilación genital: la regulación tecno-médica de los cuerpos sexuales”, en Josep M. ARMENGOL, *Masculinitats per al segle XXI*, Barcelona: CEDOC, 2007, págs. 35-45; J. A. Nieto, *Transexualidad, intersexualidad*; Nuria Gregori FLOR, “La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias”, en Mauro Cabral (ed.), *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Córdoba: Anarrés Editorial, 2009; Elisa

voluciones sesentayochistas, este enfoque ponía en tela de juicio el papel social reconocido a la profesión médica en el mundo occidental y en especial su voluntad de patologizar toda forma de desviación y contestación social. Inicialmente, la literatura sociológica y antropológica inspirada por la crítica de la medicalización se asoció al análisis marxista de las ideologías y al cuestionamiento del “Estado clínico” por parte de posiciones que iban desde el humanismo liberal (Thomas Szasz) hasta el anarquismo (Ivan Illich).² El feminismo y, desde la década de los noventa, la teoría *queer*, han recogido esta perspectiva acomodándola a una metodología socialconstruccionista, que concibe al sujeto como un producto de las prácticas simbólicas. En general, los movimientos de contestación social en el ámbito de las identidades de género, en particular los procedentes del campo trans e intersexual, han acabado incorporando mayoritariamente este punto de vista, vinculando activamente el empoderamiento de estas subjetividades alternativas, con su “desmedicalización”.³

No se trata desde luego de negar los rendimientos emancipatorios de la perspectiva contraria a la medicalización en el terreno de las identidades de género. El problema está en que esta aproximación, como ha señalado Nikolas Rose,⁴ por sí misma nada explica, pues no existe una dinámica general de medicalización. Por otro lado y en el caso que nos ocupa, este enfoque se apoya en una serie de dicotomías conceptuales que, como se verá, no se acomodan bien con el funcionamiento de la biomedicina actual en este ámbito de discusión y experiencia política. Así por ejemplo, se contraponen el biodeterminismo y el esencialismo de la mirada médica

Montserrat HERNÁNDEZ, *Hermafroditismo* (tesis doctoral), 2009 < <http://es.scribd.com/doc/16027190/Hermafroditismo-tesis> > [consultado el 9 de junio 2013] y Mauro Cabral (ed.), *Interdicciones*, op. cit.

² Un examen que contrasta críticamente las posiciones de Foucault con la de los que cuestionan la “medicalización” puede verse en Deborah LUPTON, “Foucault and the medicalisation critique”, en Alain Petersen and Robin Bunton (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge, 2000, págs. 94-110.

³ Un estado de la cuestión acerca de las luchas por la desmedicalización en los movimientos trans e intersex, puede verse en Noa BEN-ASHER, “The necessity of sex-change: a struggle for intersex and transsex liberties”, *Harvard Journal of Law and Gender*, 29 (2006), págs. 51-98. Uno de los problemas, que aparece también en los colectivos que cuestionan la “normalización médica” de la identidad sexual, es hasta qué punto, se trata de “desmedicalizar” las prácticas (por ejemplo la cirugía de reasignación sexual) o más bien de que el individuo y el grupo familiar se apropien de decisiones que hasta ahora dependían de los profesionales clínicos. En este caso, como ha señalado Didier Fassin, “Les politiques de la médicalisation” en Pierre AÏACH y Daniel DELANOË, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Ed. Economica, 1998, pág. 6, resulta problemático hablar de “desmedicalización”

⁴ Nikolas ROSE, “Beyond medicalisation”, *The Lancet*, 369 (2007), págs. 700-701.

(genetistas, endocrinos, urólogos, cirujanos, psiquiatras) en relación con las identidades sexuales, frente al ambientalismo construccionista propio de las tendencias sociocríticas y de la militancia *trans* e *intersex*. Estas tendencias harían valer la afirmación de la diversidad y fluidez identitaria frente al dogma del rígido binarismo sexual defendido por los saberes biomédicos. Tales disciplinas se empeñarían en sustentar una verdad sobre el sexo, de carácter represivo e imperialista, sin tener en cuenta los criterios y la experiencia vivida por los pacientes. De un lado el paternalismo y la coacción; del otro la autonomía y el consentimiento.⁵

Entendemos que este planteamiento dicotómico dista de ser válido a la hora de captar la silueta de un nuevo “estilo de pensamiento”⁶ médico que no busca tanto la normalización de los organismos como su realce y optimización a escala individual; que no apunta tanto a gobernar reduciendo la autonomía personal como potenciándola y articulándose sobre ella; que no levanta barreras entre legos y expertos sino que se empeña en involucrar a familiares, pacientes y grupos de autoayuda, en un trabajo de asesoramiento personalizado.⁷ Esto es válido también en el ámbito de las identidades de sexo y género. Examinar los perfiles de esta biomedicina emergente exige por tanto dilucidar sus raíces específicas como forma de conducir, esto es, de gobernar a los seres humanos en tanto que seres vivos. Más allá del motivo genérico de la “medicalización” es necesario analizar los particulares y cambiantes regímenes de biopoder, en los que el saber y la práctica médica han desempeñado funciones muy diversas. A través de ese análisis histórico comparativo se examinará el modo en que hoy se producen esas subjetividades que desafían la división dual entre los géneros. Se trata de un capítulo no irrelevante en la ontología histórica de nosotros mismos.

Si se pasa revista a la hoy abundantísima literatura secundaria en filosofía y ciencias sociales, acerca de las identidades *trans* e *intersexuales*, se constata que, efecti-

⁵ Sobre la necesidad de llevar los análisis críticos más allá de estas dicotomías simplistas (libertad/determinismo, sociedad/ biología, esencialismo/ construccionismo, coacción/ consentimiento, medicalización/ activismo militante), véase Nikolas ROSE, *The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton U. P., 2008, pág. 251

⁶ Usamos los conceptos de “estilo de pensamiento” (inspirado en Ludwig Fleck y utilizado por Nikolas Rose) y de “régimen de verdad” (inspirado en Foucault y utilizado por Ian Hacking y Arnold I. Davidson) para designar un nivel enunciativo que, a diferencia de lo que sugiere la noción kuhniiana de “paradigma”, es previo y condición de posibilidad para la formulación de proposiciones verdaderas o falsas. Sobre la especificación de este nivel de análisis, Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, “Foucault como filósofo analítico”, en Rodrigo Castro Orellana y Joaquín Fortanet Fernández (eds.), *Foucault desconocido*, Murcia: Edit.um, 2011, págs. 33-76

⁷ Con la palabra “realce”, traducimos el vocablo “enhancement”. Sobre este estilo biomédico, Nikolas ROSE, *The politics of life*, págs. 20-21

vamente, algunos trabajos han incorporado la referencia a los conceptos de biopolítica y biopoder dentro de su marco analítico. En este punto, las estudiosas y estudiosos anglosajones, siguiendo las pautas marcadas por Foucault en su estudio sobre el dossier de Herculine Barbin y en el curso que impartió sobre *Les Anormaux*, han sido pioneros;⁸ la bibliografía en español ha tardado, en general, a la hora de seguir su estela.⁹

El problema es que estos trabajos tienden a hacer un uso completamente trans-histórico de tales nociones. En efecto; en vez de identificar las distintas y variables configuraciones de biopoder asociadas a las cambiantes formas de gobernar nuestras conductas, estas investigaciones tienden a colapsar esas distinciones. Biopolítica o biopoder equivalen sistemáticamente a “normalización disciplinaria”, esto es, ajuste de toda diversidad sexual identitaria al estándar binario (hombre o mujer), contribuyendo así a producir sujetos dóciles y útiles.

⁸ Anne FAUSTO-STERLING, “The five sexes: why male and female are not enough”, *The Sciences*, 33 (1993), págs. 20-25, <http://facweb.northseattle.edu/ratkis/ClassMaterials/PSYSOC230/230Activities-Instructor/MSLib_Faus_The_Five_Sexes.pdf> [consultado el 9 de junio 2013] y Anne FAUSTO-STERLING, *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*, New York: Basic books, 2000, págs. 7-8; Line LANGLO, *Intertextuality about intersexuality*, Amsterdam: MA Thesis, University of Amsterdam, 1999, págs. 14 y 76, <[http://www.rbup.no/CMS/CMSpublish.nsf/892AC6F59-A6A9FEFC12575E6002FC0E0/\\$file/IAI.pdf](http://www.rbup.no/CMS/CMSpublish.nsf/892AC6F59-A6A9FEFC12575E6002FC0E0/$file/IAI.pdf)> [consultado el 10 de junio 2013]; Lesley GALLACHER, *The psychology of intersex. Research into the experiences of individuals/ parents who have experienced Androgen Insensitivity Syndrome or Congenital Adrenal Hyperplasia within the UK*, York: MA Research Dissertation, University of York, 2005, pág. 9; Magnus DANIELSON, *Intersexuality and its medical and social implications*, Malmö: Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle, 2005, págs. 24-25 y Lena ECKERT, “The third. A hindrance to diversity?”, UK Postgraduate Conference in Gender Studies, 21-22 June, 2006, págs. 11-13, <<http://www.gender-studies.leeds.ac.uk/assets/files/epapers/epaper31-le-na-eckert.pdf>> [consultado el 13 de junio 2013]; Katrina KARZAKIS, *Fixing sex. Intersex, medical authority and lived experience*, Durham, Duke University Press, 2008, pág. 11; Hilary MALATINO, “Situating bio-logic, refiguring sex: intersexuality and coloniality”, en Morgan Holmes (ed.), *Queer Interventions: critical intersex*, Farnham: Ashgate Pub. Group, 2009, págs. 73-94 y Katryn P. MORGAN, “Gender Police”, en Shelley Tremain (ed.), *Foucault and the government of disability*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2010, págs. 298-328, pág. 309. Un estado de la cuestión acerca del uso de las nociones de biopoder y biopolítica en los estudios sobre intersexualidad, puede verse en Araceli GONZÁLEZ VÁZQUEZ, “Michel Foucault, Judith Butler y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la intersexualidad”, *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 40 (2009), págs. 235-244, 239-240

⁹ Beatriz PRECIADO, “Biopolitique du genre”, en Hélène Rouch, Elsa Dorlin et Dominique Fougeyrollas-Schwebel (eds.), *Le corps, entre sexe et genre*, Paris: L’Harmattan, 2005, págs. 61-84; N. GREGORI FLOR, “Los cuerpos ficticios”, op. cit., págs. 104-105 y Isabel BALZA, “Ciudadanía y nuevas identidades de género: sobre biopolítica y teoría queer”, *Res Publica, Suplemento. Pasado, presente y futuro de la democracia* (2009), págs. 231-238

Esta superficialidad y falta de “sentido histórico” en el recurso a la noción de biopoder es lo que trata de paliarse en el presente estudio.¹⁰ En este caso y apoyándonos en la perspectiva ofrecida por los *Studies on Governmentality*, se trata de captar la peculiaridad de la actual configuración biopolítica, que podemos denominar “neoliberal” o “liberal avanzada”, en relación con la biomedicina de la identidad sexual. Para ello tomaremos como referencia ilustrativa el caso histórico español, que aun siguiendo en su conjunto la pauta del mundo occidental, presenta algunas peculiaridades. Se tratará de elaborar una distinción idealtípica de configuraciones históricas comparables que, en cada caso, hacen referencia a una modalidad diferente de gobierno biopolítico de las conductas. Estas configuraciones no son una copia del proceso real, puesto que en este se da un entrelazamiento simultáneo de lo nuevo y lo viejo a partir de una multiplicidad de cadencias temporales. Se trata en cambio de un modelo, un instrumento que permite hacer inteligible lo abigarrado de la coyuntura actual, mostrando en ella lo que corresponde a la ontología histórica en curso de formación.

2 LA BIOPOLÍTICA LIBERAL CLÁSICA Y EL DESCUBRIMIENTO DEL “VERDADERO SEXO”

El rasgo definitorio de las formas de gubernamentalidad liberal es que apuntan a conseguir el máximo grado de autorregulación de los procesos mediante la mínima intervención directa del Estado. El descubrimiento de la “vida” como proceso regido por sus propias normas intrínsecas, como “conjunto de funciones que resisten la muerte” (Bichat), estableciendo una escisión entre lo orgánico y lo inorgánico, coincide, y no casualmente, con el despliegue del liberalismo como forma de gobierno. Pues bien, una de las dinámicas que constituyen la vida es precisamente la individuación sexual, que pasa, en las especies más evolucionadas, por la división entre machos y hembras como requisito de la función reproductiva.

¹⁰ Una excepción a este error lo constituye el trabajo de Alison K. SPURGAS, “(Un)queering identity: the biosocial production of Intersex/ DSD” en Morgan Holmes (ed.), *Queer interventions: critical intersex*, op. cit., págs. 97-122. Este distingue entre una “gubernamentalidad” o “biopolítica” disciplinaria, identificada tanto con el paradigma gonadal decimonónico como con el paradigma quirúrgico de Money, y una variante “postdisciplinaria”, que regiría el tratamiento de las personas intersexuales aproximadamente desde el año 2006, con la aprobación del Consensus Statement. Pensamos no obstante que este modelo cronológicamente lineal (la soberanía sustituida por la disciplina y ésta por regulaciones postdisciplinarias), inspirado en Deleuze, y seguido entre otros por Toni Negri y Michel Hardt, tiene un poder analítico muy inferior al modelo simultáneo triangular propuesto por el propio Foucault. Vid. infra, nota 23.

En la cultura del Antiguo Régimen, este esquema dual de los sexos no venía respaldado por los naturalistas y por el saber médico. Frente al modelo binario, estas disciplinas avalaban, entre los siglos XVI y XVIII, como trató de demostrar Thomas Laqueur,¹¹ un diagrama jerárquico y monista: el único sexo reconocido como tal era el de varón. La hembra no era más que un varón imperfecto, y en esa gradación jerárquica se admitía como posible toda una escala de seres intermedios: hermafroditas de distintos tipos, ginecomastos, varones menstruantes, mujeres macroclitorídeas o *viragos*, hombres machihembrados. La teoría humoral justificaba incluso la posibilidad de experimentar “mejoras de sexo”, es decir, cambios de identidad dentro del *continuum* jerárquico.

En este orden del discurso ni la vida era nuda vida ni la Naturaleza era pura Naturaleza; ambas funcionaban como expresión moral de la voluntad divina, de modo que aunque Dios había estipulado la dualidad de sexos para hacer viable su mandato procreativo (“creced y multiplicaos”), al mismo tiempo era capaz de engendrar excepciones a esta regla básica, haciendo posible la existencia de hermafroditas humanos y de transmutaciones sexuales.

Si el saber acerca de la Naturaleza no justificaba la existencia de dos sexos inconmensurables entre sí, la tarea de salvaguardar la necesaria distinción entre rangos sexuales, el masculino y el femenino, correspondía entonces a instituciones como la Iglesia y la autoridad civil. A través del derecho canónico y penal o mediante las ordenanzas que afectaban a la “policía” de costumbres, estas estipulaban toda una serie abigarrada de normas y reglamentos que pretendían asegurar la separación y distancia entre los rangos sexuales y que concernían a todos los aspectos de la vida cotidiana, desde las pautas suntuarias, de vestimenta y decoro, hasta la persecución de los pecados de lujuria, pasando por la ordenación de los oficios (prohibición a las mujeres de ejercer determinados menesteres o de ocupar ciertas dignidades) o el régimen de transmisión de la propiedad (por ejemplo el derecho de testar) y del nombre (por ejemplo las normas relativas al reconocimiento de la bastardía).

Las revoluciones liberales de los siglos XVIII y XIX, como ha mostrado también Laqueur,¹² dieron al traste con el viejo orden estamental, incluida la secuencia jerárquica de los sexos-rangos. Se estableció un sistema de soberanía democratizada donde hombres y mujeres aparecían nivelados dentro del estatuto de ciudadanía y

¹¹ Thomas LAQUEUR, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris: Gallimard, 1992.

¹² *Ibid.*, págs. 221-238

de sus derechos reconocidos. Si ya no se podía considerar a las mujeres como una forma imperfecta de humanidad, ¿cómo podía entonces justificarse una división del trabajo, entre la esfera de la producción y la esfera de la reproducción, entre la fábrica y el hogar, que se estimaba indispensable para sostener el edificio de la nascente sociedad del capitalismo industrial?

La solución consistió en reterritorializar las diferencias entre hombres y mujeres, presentándolas, no como distinciones verticales de rango sino como divergencias horizontales, irreductibles y complementarias, situadas en el plano de la biología.

La vida se especificaba en el pensamiento de la época, afrontándose como un espacio desacralizado e inmanente, un proceso regido por sus propias normas. El gobierno liberal de la Vida y de la Naturaleza consistía, no en imponerle desde afuera pesados reglamentos y ordenanzas (como en el Estado de policía típico del Despotismo Ilustrado), sino en apoyarse en esa normatividad y regulación interna de los procesos vitales.¹³ Aplicado al ámbito de la identidad sexual y de género, esto significaba que las diferencias entre hembras y varones no venían dadas por el artificialismo de las instituciones sociales (como la Iglesia o la autoridad civil), sino por la propia Vida o Naturaleza en su misma legalidad interna. Esas diferencias estaban inscritas de partida en los organismos y en las funciones (especialmente la sexual y la reproductiva, la “generación”, como se decía en la época) que las propias estructuras orgánicas expresaban. Gobernar los sexos a partir de sus identidades diferenciadas y mutuamente inconmensurables consistía en obedecer, en dejar hacer (*laissez faire*) a la naturaleza, liberándola de los constreñimientos procedentes de la cultura y de las convenciones sociales.

Lo que sucedía es que ocasionalmente nacían individuos cuya conformación anómala —es el momento del despegue de la Teratología, el estudio de las anomalías, con la obra monumental de Geoffroy de Saint Hilaire¹⁴— no permitía decidir a primera vista cuál era su verdadero sexo. Esto podía dar lugar a errores de identidad de graves consecuencias. Estas inobservancias o desviaciones debían ser corregidas,

¹³ Michel FOUCAULT, *Securité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris: Gallimard, 2004, págs. 48-51; Mitchell DEAN, *Governmentality. Power and rule in modern society*, London, Sage Pub., 1999, págs. 121-122 y Gonzalo VELASCO ARIAS, *Genealogías de lo biopolítico. Normalidad y patología en el “momento foucaultiano”*, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid (tesis doctoral inédita), 2013, págs. 313-317.

¹⁴ Michel TORT, “Le mixte et l’Occident. L’hermaphrodite entre le mythe et la science. Platon, Ovide, Isidore Geoffroy Saint Hilaire” en *La Raison Classificatoire*, Paris: Aubier Montaigne, 1989, págs. 175-203.

reconducidas a la norma del “sexo verdadero”. En esos casos, la Administración contaba con un cuerpo de especialistas, los médicos forenses, una de cuyas obligaciones consistía precisamente en diagnosticar, en poner al descubierto el “verdadero sexo” en los casos dudosos.

Este ritual de nominación, este “acto de Estado”, por decirlo con Bourdieu,¹⁵ ejecutado por el médico, apuntaba a encauzar normativamente, a “normalizar”, aquellos cuerpos que, en su apariencia, parecían contradecir el principio de un cuerpo, un sexo. Se trataba, *strictu sensu*, de un ejercicio disciplinario desempeñado por la profesión médico-legal, que a la vez que corregía, convertía al individuo concernido en un caso clínico y lo hacía entrar en un permanente registro documental. Pero la acción biomédica no consistía en crear nada, en manipular el organismo, sino exclusivamente en poner al descubierto su verdad profunda. Las únicas intervenciones quirúrgicas permitidas (por ejemplo practicar incisiones que dejaban al descubierto los testículos disimulados bajo los síntomas de una hernia inguinal), eran las que sacaban a la luz lo que estaba oculto. El modelo de la mirada médica, en estos casos, reproducía el mismo patrón que la anatomía patológica tal como Foucault la describe en *Naissance de la clinique*. En último término, la absoluta certidumbre sobre el verdadero sexo de los aparentes hermafroditas, sólo podía resplandecer en el acto de la autopsia, es decir, tras el fallecimiento del afectado.

Los criterios y tecnologías que apuntaban al descubrimiento del verdadero sexo en estos casos dudosos, sufrieron importantes modificaciones a lo largo del siglo XIX. Entre 1800-1876, la medicina legal llegó a elaborar unas reglas básicas para diagnosticar el verdadero sexo a partir de la observación anatómica (examen morfológico de genitales internos y externos), de los caracteres secundarios (voz, pelo, pecho, estructura ósea) y de la interpretación psicológica (v.g. de los gustos sexuales). El paradigma de estas reglas fue el forjado por el doctor francés Charles Chrétien Marc (1771-1840) en 1817.¹⁶ Sus criterios permitían distinguir el verdadero sexo de los hipospádicos (la uretra no llega a cerrarse durante el desarrollo y permanece abierta en la base del pene) y de los criptórquidos (no descenso del paquete testicular), aunque seguía manteniendo muchos casos sin resolver. En 1876, el patólogo alemán Theodor A. Klebs (1834-1913) fijó un criterio más preciso. Establecía la definición gonadal del sexo, donde lo decisivo no era la inspección visual de la

¹⁵ Pierre BOURDIEU, *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris: Raisons d'Agir, 2012, págs. 26-30.

¹⁶ Charles Chrétien H. MARC, “Hermaphrodite”, en *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, Vol. XXI HEM-HUM, Paris: C.L.F. Panckoucke, 1817, págs. 86-121

morfología genital sino el escrutinio microscópico de los tejidos gonadales. El pseudohermafrodita (puesto que se descartaba la existencia de hermafroditas en la especie humana), ya no era el que presentaba una aparente mezcla de genitales masculinos y femeninos, sino una mezcla de tejidos testiculares y ováricos. Comenzaba lo que la historiadora Alice Domurat Dreger ha denominado “la era de las gónadas”.¹⁷

3 LA BIOPOLÍTICA COMO GOBIERNO SOCIAL DE LAS POBLACIONES. LA INVENCION DEL VERDADERO GÉNERO

Esta “era de las gónadas”, entendiendo a éstas como el marcador biológico del verdadero sexo, comenzó a venirse abajo con la irrupción, hacia 1915, de la Endocrinología.¹⁸ Desde la última década del siglo XIX, a medida que se ampliaba el repertorio de casos de supuesto hermafroditismo examinados por los especialistas, comenzaron a acumularse las anomalías que no podían resolverse apelando a la exploración microscópica del tejido gonadal. A esto se sumó, desde el primer decenio del siglo XX, el desarrollo de nuevas tecnologías (laparotomía, cirugía exploratoria, biopsias) que permitían examinar internamente el organismo vivo, a fin de confirmar el correspondiente sexo biológico. Casos como los de los “ovotestis” –sujetos en posesión de un testículo y un ovario o de tejidos mixtos en ambas gónadas, o los de personas con gónadas no funcionales –como los casos que hoy denominamos de “insensibilidad andrógena”, con testículos de función masculinizadora inhibida, ponían en entredicho la operatividad del criterio gonádico.

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

Lo principal de la contribución endocrinológica en el terreno de las identidades sexuales, fue el tránsito de un modelo estático, morfológico, a un modelo dinámico, procesual, a la hora de entender la dualidad de los sexos. Rubricando y dando

¹⁷ Alice Domurat DREGER, *Hermaphrodites*, op. cit. págs.139-166.

¹⁸ *Ibid.*, págs. 157-166 y Alice Domurat DREGER, “A history of intersex: from the age of gonads to the age of consent” en Id. (ed.), *Intersex in the age of Ethics* Hagerstown: University Publishing Group, 1999, págs. 10-11.

fundamento explicativo a algo que ya había sido anticipado en las primeras décadas del siglo XIX por la Embriología, los endocrinólogos venían a decir que la distinción entre hembras y varones no consistía en una estructura fijada de partida en el organismo. Se trataba en cambio de un proceso evolutivo de diferenciación sexual, iniciado en la vida del embrión y regido por las secreciones hormonales, partiendo de un estado de hermafroditismo originario. Las identidades sexuales, por tanto, no estaban dadas *ab initio*; eran el resultado de una dinámica diferenciadora donde los restos del sexo opuesto (es decir, su composición hormonal), nunca desaparecían por completo. Por otro lado, este proceso admitía detenciones y retrocesos, lo que a partir de los trabajos del zoólogo Richard Goldschmidt, se conoció como “estados intersexuales”. Este modelo procesual elaborado por la Endocrinología, estaba también presente en los sexólogos de comienzos de siglo, empeñados en trazar las etapas evolutivas del desarrollo de la pulsión sexual (Möll, Havelock Ellis, Freud), lo que conducía a un estilo de pensamiento tendente a fluidificar las identidades.

En España, y con gran influencia en el mundo hispánico en general, este cambio de tendencia se relaciona con la obra endocrinológica y sexológica del médico español Gregorio Marañón, que conoció un enorme impacto en las décadas de 1920 y 1930. La repercusión de sus trabajos trascendió con mucho los márgenes de la comunidad científica, llegando a los medios cultos en general. Su planteamiento ofrecía una respuesta moderna y liberal a las nuevas formas de vida, cada vez más visibles, que desafiaban las tradicionales fronteras entre los géneros. Aquí hay que mencionar el prototipo de la “mujer nueva”, muy extendido desde los años veinte en algunos círculos femeninos de escritoras, artistas y periodistas, en las grandes capitales como Madrid y Barcelona; el asociacionismo feminista, afianzado en esa misma época y, finalmente, la presencia creciente de una subcultura de “invertidos” en las grandes ciudades.

Marañón adoptó una estrategia intelectual original para responder a estos nuevos cuestionamientos de la división sexual convencional. En vez de afianzar el dualismo de los sexos, restringiendo –como hacían los defensores del “sexo gonadal”, la existencia de “verdaderos hermafroditas” a la rareza de casos excepcionales y casi insólitos en la especie humana, Marañón ampliaba su presencia efectiva ensanchando el universo de las figuras que Goldschmidt había catalogado bajo la categoría de “intersexualidad”. Varones criptórcidos e hispospádicos, mujeres hirsutas y aquejadas de insuficiencia ovárica, hermafroditas con ovotestis, pseudoherma-

froditas masculinos y femeninos, eunucos y eunucoides, ginecomastos, mujeres viriloides, homosexuales de distinta laya y un sinfín de personajes más o menos exóticos, quedaban clasificados en el vasto espectro de los estados intersexuales.

Así, en vez de consolidar el dimorfismo sexual minimizando la posibilidad de existencia de estados sexualmente intermedios en la especie humana, Marañón optaba por crear una suerte de cinturón inmunitario a base de multiplicar la pléyade de perfiles mixtos. Estos ya no constituían un imposible excluido de la condición humana ni una falsa apariencia de cuerpos que había que corregir ajustándolos a la norma del sexo verdadero. La indiferenciación sexual estaba integrada como una fase necesaria dentro del desarrollo hormonal de los individuos normales; de hecho, la pubertad de los varones y el climaterio en las mujeres podían entenderse como regresiones intersexuales no patológicas.¹⁹

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

Esta biopolítica más “constructivista” que “esencialista”, combinaba los procedimientos correctores, disciplinarios (como la cirugía glandular para corregir el estado intersexual) con los mecanismos de regulación (como las campañas educativas para la iniciación sexual de los jóvenes o para cambiar los patrones de convivencia matrimonial), otorgando cierta primacía a los segundos. Este proceso culminó a mediados del siglo XX, cuando el modelo endocrinológico, que todavía suponía un cierto *telos* o finalidad natural tendente a la diferenciación de los sexos, fue

¹⁹ F. VÁZQUEZ GARCÍA y R. CLEMINSON, *Los hermafroditas*, op. cit., págs. 183-188.

reemplazado por un modelo psicosocial que, inventando la categoría de “género”, convertía a la identidad en una pura construcción por vía del aprendizaje familiar.

Este nuevo modelo psicosocial se identifica, como es sabido, con los trabajos de John Money (en colaboración con el matrimonio Hampson), publicados a partir de mediados de los años cincuenta y completados por el libro que Money publicó en 1972 junto a Anke A. Ehrardt.²⁰ El celebrado psicólogo norteamericano lideró en la John Hopkins University, un equipo de investigación e intervención que actuaba sobre el supuesto de que la identidad sexual no estaba prefigurada biológicamente –ni en las gónadas ni en el proceso de desarrollo hormonal, ni en la dotación cromosómica, sino que era, en lo fundamental, resultado del aprendizaje psicofamiliar. Hasta los 18 o 20 meses de edad no se fijaba psíquicamente la identidad sexual del niño. En ese proceso eran cruciales las imágenes que se le transmitían de sus propios genitales. Dado que el desarrollo psíquico saludable dentro de una sociedad exigía, según Money y sus colaboradores, la asignación de un sexo exclusivo de varón o de hembra, el neonato que poseía una conformación genital dudosa (“neonato intersexo”), constituía una verdadera “emergencia social”, pues entronizaba el riesgo de un individuo “inadaptado” y de una familia “desestructurada” por el impacto del acontecimiento.²¹ Era entonces imprescindible someterlo a una cirugía de reasignación sexual que le atribuyera una apariencia genital, una imagen próxima a aquella identidad en la que iba a ser educado.

En este nuevo estilo de pensamiento se advierte, en primer lugar, una clara disociación de la identidad respecto a toda clase de fundamento o determinismo biológico. Se advierte aquí la presencia del “género”, esto es, del sexo psicosocial, resultado del aprendizaje, como una instancia independiente respecto al sexo biológico.

²⁰ John MONEY and Anke A. EHRARDT, *Man & Woman, Boy & Girl*, Baltimore: John Hopkins University Press: 1972. Sobre Money y sus trabajos, véase Suzanne J. KESSLER, *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick: Rutgers University Press, 2002 (ed. Original 1990), págs. 13-32; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing*, op. cit., págs. 63-77; K. KARKAZIS, *Fixing sex*, op. cit., págs. 47-62 y Elisabeth REIS, *Bodies in doubt. An American history of intersex*, Baltimore: The John Hopkins university Press, 2009, págs. 115-152.

²¹ “El nacimiento de un niño con ambigüedad sexual constituye un problema muy serio y una urgencia, no sólo médica sino socio familiar, por la angustia que genera en los padres del recién nacido y por los problemas judiciales que se derivarían en caso de un error de diagnóstico, con el consiguiente cambio de sexo a nivel administrativo-judicial. Por tanto, es preciso no escatimar esfuerzos a la hora de realizar de forma rápida un diagnóstico exacto, decidir una asignación correcta de sexo y planificar los tratamientos médicos y quirúrgicos necesarios para conseguir un individuo sano, con unos genitales anatómicamente y funcionalmente correctos, que le permitan vivir una vida adulta identificado física y psíquicamente con el sexo asignado” (C. PIRÓ BIOSCA, “Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico” en VVAA.: *Estados intersexuales e hipogonadismo*, Bilbao: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, 2001, pág. 129).

En la misma época que, en la estela de *Le deuxième sexe* (1949) de Simone de Beauvoir, el pensamiento feminista subrayaba que “la anatomía no era un destino”, Money y los Hampson hacían triunfar un principio análogo en el ámbito clínico. Pero esto, frente a lo que pudiera pensarse, no reducía el intervencionismo de los expertos, de los especialistas biomédicos en cuerpos de sexo dudoso, sino que lo multiplicaba.

En efecto, el cirujano no “cambiaba el sexo” del afectado; producía un simulacro físico que propiciaba la adecuada regulación de las imágenes formadoras de la identidad sexual. En esta lo decisivo era el “verdadero género” inducido por socialización, no un supuesto “sexo verdadero” dado en la naturaleza. Además, con la invención del “género” y su disociación del “sexo”, se hizo posible la aparición de un nuevo tipo de subjetividad patológica y por tanto de un nuevo campo de intervención médica: el “transexual”,²² esto es, la persona cuya identidad psicosocial (el “género”) no se ajustaba a su conformación biológica (“el sexo”). Como este desajuste se consideraba una “emergencia social”, un riesgo de “inadaptación”, la transexualidad fue etiquetada como una entidad patológica, un trastorno de personalidad. El desarrollo psicosocial saludable exigía adecuarse al imperativo dimórfico: todo cuerpo debía poseer en exclusiva un sexo y un género armonizados: varón o hembra, masculino o femenino. A medida que, en un proceso iniciado a mediados de los años sesenta, los catálogos oficiales de enfermedades y los ordenamientos jurídicos occidentales fueron reconociendo la “transexualidad”, se abría un nuevo territorio de intervención para las disciplinas biomédicas y las ciencias “psy”. La tecnología quirúrgica de reasignación sexual, forjada inicialmente para los intersexos, se extendió a esta nueva comarca.²³

²² Joanne MEYEROWITZ, *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*, Cambridge Mass.: Harvard University Press, 2004, pág. 15, sostiene que el concepto de “cambio de sexo” y la “cirugía de reasignación sexual”, existían en Europa entre las décadas de 1910 y 1940, antes de exportarse a Estados Unidos. Meyerowitz identifica como “cirugía de reasignación de sexo” todo un conjunto heterogéneo de prácticas cuya intención no era ajustar la apariencia somática al “género” (concepto no planteado hasta mediados del siglo XX y excluido por el biologicismo imperante), sino curar “perversiones sexuales” (“travestismo”, “homosexualidad”) o en el mejor de los casos –ejemplificado por las intervenciones avaladas por Hirschfeld y sus colaboradores– facilitar el reconocimiento social de “intersexuales” cuyo estatuto no era el de enfermos sino el de variedades biológicas dentro de la especie humana.

²³ En Estados Unidos, aun sin la existencia de una ley federal, las operaciones de cambio de sexo en transexuales comenzaron a legalizarse a mediados de la década de 1960 (J. MEYEROWITZ, *How sex changed*, op. cit., págs. 241-253). A partir de la década de los setenta comenzó el reconocimiento de derechos de los transexuales en diversos países de Europa Occidental: Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985). En España hay que esperar a 1983 para que se legalice el

En segundo lugar, este estilo “psicosocial” a la hora de tematizar la identidad, introducía un desplazamiento ontológico fundamental. La clave del yo sexuado, como varón o como mujer, no residía ya en un espacio físico, ya fuera estático (la morfología de los genitales, el tejido gonadal) o dinámico (el desarrollo hormonal). Se situaba, en cambio, en un profundo espacio psíquico interior. El lenguaje que Money introduce a la hora de describir la construcción de la identidad sexual en el individuo, es un lenguaje psicológico: son las imágenes del cuerpo transmitidas a través de la comunicación intrafamiliar y actuando sobre el fondo inconsciente del sujeto, lo que conformaba la identidad sexual en un sentido u otro. Son los “traumas” del afectado y el riesgo de “inadaptación social”²⁴ lo que se trata de prevenir combinando la cirugía y la socialización bajo control. Esta apelación al inconsciente y a la regulación de imágenes ha llevado a señalar las raíces freudianas del planteamiento de Money²⁵. Ambos planteamientos –el psicoanálisis y la hipótesis psicosocial de Money y los Hampson– forman en realidad parte de una ontología de nosotros mismos que dominó el pensamiento occidental durante los primeros sesenta o setenta años del siglo XX: los seres humanos tendieron a autocomprenderse como yoes habitados por un profundo espacio psíquico interior moldeado por el entorno.²⁶

En tercer lugar, este nuevo estilo de pensamiento se enraíza en una determinada modalidad de gobierno de las poblaciones, en un tipo específico de biopolítica. En

cambio de sexo al despenalizarse la operación de castración. En 1987, una sentencia del Tribunal Supremo reconoció el derecho del transexual a “cambiar de sexo”, justificando así la supremacía del género sobre el sexo y dando así respaldo legal al régimen del “verdadero género”. Por otro lado, las primeras organizaciones de travestís comenzaron a gestarse en España en 1979, al hilo de la eclosión del movimiento de gays y lesbianas. En 1987 se creó la Asociación Española de Transexuales. Véase Raquel PLATERO MÉNDEZ, “Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización”, *Política y Sociedad*, 46 (2009), 1-2, págs. 107-128.

²⁴ Sobre el lenguaje psy referido a la “inadaptación” y a la regulación familiar de la vida emocional, Jacques DONZELOT, *La police*, op. cit., págs. 171-196 y Nikolas ROSE, *Governing the soul. The shape of the private self*, London, Free Association Books, 1989, págs. 157-181.

²⁵ Kenneth KIPNIS y Milton DIAMOND, “Pediatric Ethics and the surgical assignment of sex” en Alice Domurat Dreger (ed.), *Intersex in the age of Ethics* Hagerstown: University Publishing Group, 1999, pág. 176. En una línea próxima, Elisabeth REIS, *Bodies in doubt*, p. 117. Aunque los psicoanalistas de la misma Universidad de John Money se opusieron a la CRS, viendo la “transexualidad” como un trastorno mental no afrontable terapéuticamente mediante el recurso a la cirugía (J. M^a NIETO, *Transexualidad*, op. cit., págs. 141-142), compartían con Money y sus colaboradores (o con Robert Stoller, otro importante teórico de la transexualidad) un mismo “régimen de verdad” que situaba la clave de la identidad en un espacio psíquico subyacente y sometido a las influencias del entorno familiar.

²⁶ Lorraine DASTON y Peter GALISON, *Objectivity*, New York: Zone Books, 2007, págs. 311-312 y N. ROSE, *The politics of life*, op. cit., págs. 187-188.

efecto, de una parte, el modelo auspiciado por Money y por sus colaboradores insiste en la dependencia de la identidad sexual desarrollada por el niño, respecto a la socialización familiar. Pero por otro lado, trata de supervisar y tutelar la propia acción de los padres. Es decir, frente a las biopolíticas de corte totalitario, donde el Estado y sus organizaciones cercan e instrumentalizan a la familia para inculcar en los niños rígidas identidades de género, pensadas en clave biologicista, se insiste en cambio en la autonomía del espacio doméstico y en su papel configurador de las identidades. Por otro lado, frente a la total independencia y autorresponsabilidad de la familia asumidas por las biopolíticas del liberalismo clásico, donde el médico monopolizaba el diagnóstico del verdadero sexo pero no ejercía control alguno sobre la socialización familiar, se trata ahora de asesorar y tutelar su acción formativa, de modo que el niño interiorice el sexo escogido para él, evitando los traumas de la vida afectiva que supondría la revelación de su ambigua condición originaria o la desviación de los padres respecto a sus obligaciones socializadoras en el “verdadero género” seleccionado. Todo el secretismo, el paternalismo y el autoritarismo médicos que militantes trans e intersex, padres y afectados han denunciado en este modelo psicosocial del sexo, tiene que ver con esa tutela que los expertos ejercen sobre la autonomía individual y familiar. La familia debe responsabilizarse de formar la identidad sexual del niño, pero debe ajustarse sin desviación al patrón dimórfico exigido por la pertenencia del niño al colectivo social. Lo que se tiene en este caso es un gobierno social de la identidad sexual, una “biopolítica social”²⁷ que evita tanto la sujeción totalitaria de la familia como su absoluta independencia respecto a la autoridad de los especialistas. En este caso, el dispositivo se despliega en dos polos; por un lado un biopoder disciplinario, encarnado por la cirugía de reasignación sexual, decidida y realizada por expertos que, sin contar con la aceptación parental, se encargan de corregir los cuerpos ambiguos, amputando penes y reduciendo clítoris, implantando labios y vaginas para ajustarlos al estándar normativo de la apariencia masculina o femenina. Por otro lado un biopoder regulador, encaminado a supervisar y asesorar a las familias para que gestionen adecuadamente las imágenes transmitidas al niño a lo largo de su desarrollo, previniendo el riesgo de una socialización sexual mal orientada, que podía conducir a formas incorrectas de

²⁷ Sobre la biopolítica inherente al “gobierno social”, Mitchell DEAN, *Governmentality*, op. cit, págs. 123-130 y Nikolas ROSE, *Powers of freedom. Reframing political thought*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999, págs. 98-136 así como los trabajos clásicos de François EWALD, *L'État Providence*, Paris: Grasset, 1986 y Jacques DONZELOT, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris: Fayard, 1984.

conducta sexual, en particular a relaciones homoeróticas. De este modo, mediante la simbiosis del disciplinamiento quirúrgico de los cuerpos y de la regulación de la socialización sexual en el ámbito doméstico, se trataba de prevenir las desviaciones sexuales, sin necesidad de recurrir a tecnologías eugenésicas como las empleadas en la biopolítica nacionalsocialista.

En cierta manera, el modelo de gestión de los niños intersexo sugerido por Money y los Hampson, y generalizado a todo Occidente, España incluida,²⁸ hasta el final de la década de 1990, encarna una suerte de biopolítica social o *welfarista* en el ámbito de la identidad sexual. Si el keynesianismo, mediante la redistribución social de subsidios y recursos apuntaba a estimular el consumo y a prevenir las crisis sociales, el freudismo y el “moneysmo”, mediante la desbiologización de las identidades y el énfasis en el papel desempeñado por la socialización, apuntaban a producir el sujeto consumidor típico del capitalismo corporativo de los años sesenta. Este era un sujeto relativamente fluido, donde las necesidades y los deseos podían ser inducidos y reciclados por la publicidad y la industria mediática. Pero al mismo tiempo era un sujeto ajustado a la norma sanitaria, es decir, a la norma social que estipulaba la posesión en exclusiva de un sexo masculino o femenino.

4 LA BIOPOLÍTICA NEOLIBERAL Y EL GÉNERO AUTOOPERABLE

El régimen del verdadero género, sistematizado teóricamente por John Money y el matrimonio Hampson, comenzó a verse cuestionado en la década de los años noventa del siglo pasado, con la aparición de un doble frente crítico cuya combinación puso en evidencia la apertura de un nuevo estilo de pensamiento en este terreno. Por una parte, toda una serie de trabajos académicos, procedentes tanto del campo biomédico como de las ciencias sociales; por otro lado, las denuncias de los pacientes y de sus familiares, que acabaron dando lugar a la formación de grupos de autoayuda y de asociaciones de militantes intersex, logrando un importante impacto mediático.²⁹

²⁸ Sobre la recepción de los protocolos de Money en España, N. GREGORI FLOR, “Los cuerpos ficticios”, op. cit., pág. 107 y F. VÁZQUEZ GARCÍA y R. CLEMINSON, *Los hermafroditas*, op. cit., págs. 220-222.

²⁹ Una buena síntesis del proceso en K. KARKAZIS, *Fixing sex*, op. cit., págs. 63-86. En España, la movilización de personas intersexuales no ha tenido el relieve conocido en Estados Unidos; sus denuncias se han canalizado principalmente a través de los colectivos GLTB, que incorporaron la “I” de intersexuales ya avanzada la década de los 90. La Organización Internacional de Intersexuales, fundada en Canadá en 2003, contó pronto con una filial española. Pero, que sepamos, no existe en

En el caso del movimiento de personas intersexo, las críticas apuntaban en distintas direcciones.³⁰ Se denunciaba el secretismo y el escamoteo de información a los padres y a los pacientes, que se sometían al dictamen médico sin que en ningún momento se les solicitara el consentimiento. No era infrecuente que los niños afectados, por descuido de sus padres, acabaran enterándose de la verdad, con el correspondiente daño psíquico derivado de esta revelación. Por otra parte, cabía la posibilidad de que esa contradicción entre el historial clínico del paciente y la información que este había recibido, fuera conocida por terceros, por ejemplo por las compañías de seguros, con el subsiguiente prejuicio para la persona concernida. Los activistas y los críticos sociales mostraban asimismo el trasfondo de prejuicios sexistas y homofóbicos inherente a los criterios estipulados para el tratamiento de los intersexuales: la cirugía y la programación educativa pretendían asegurar un rol de género ajustado a una sexualidad genitocéntrica (importancia del tamaño del pene, irrelevancia del clítoris) y heterosexual. A pesar de la sospecha y el duelo que para muchos padres suponía acoger la noticia de la ambigüedad sexual de su hijo, el protocolo establecido no preveía ningún apoyo o atención psicológica para aquellos.

Por otro lado, se iban acumulando los testimonios de pacientes que denunciaban los efectos iatrogénicos de la cirugía de reasignación sexual precoz y de la hormonación. Se constataban por doquier los casos de pérdida de funcionalidad y de sensibilidad derivados de las reconstrucciones de clítoris y de penes realizadas por los cirujanos. Estas denuncias acabaron llevando la intersexualidad al primer plano

España una organización específica para la defensa de los derechos de los intersexuales. Véase N. GREGORI FLOR, "La experiencia intersexual", op. cit., pág. 75 y F. VÁZQUEZ GARCÍA y R. CLEMINSON, *Los hermafroditas*, op. cit., págs. 237-238. Lo más parecido es la GRAPSIA, Asociación y Grupo de Apoyo a favor de las personas afectadas por Síndrome de insensibilidad a los Andrógenos (AIS) y condiciones relacionadas, < http://grapsia.org/component/option.com_weblinks/catid,14/Itemid,32/> [consultado el 18 de junio 2013].

³⁰ Hemos consultado A. D. DREGER, *Hermaphrodites*, págs. 188-198; A. D. DREGER, "A history of intersex: from the age of gonads to the age of consent" en A. D. Dreger, *Intersex*, op. cit., págs. 5-22; Robert A. CROUCH, "Betwixt and between: the past and future of intersexuality" en A. D. Dreger, *Intersex*, op. cit., págs. 29-49; Bruce E. WILSON y William G. REINER, "Management of intersex: a shifting paradigm" en A. D. Dreger, *Intersex*, op. cit., págs. 119-135 y K. KIPNIS y M. DIAMOND, "Pediatrics", op. cit., págs. 173-193; N. GREGORI FLOR, "Los cuerpos", op. cit., pp. 103-124; Katrina ROEW, "But we have to do something': surgical 'correction' of atypical genitalia", *Body and Society*, 14 (2008), 1, págs. 47-66, págs. 49-50; N. GREGORI FLOR, "La experiencia", op. cit., págs. 71-82 y Silvia GARCÍA DAUDER y Nuria GREGORI FLOR, "Dissenyant el marge de cossos possibles. Veritats i oposicions binàries en la construcció dels sexes-gèneres-sexualitats" *L'Espill*, 31 (2009), págs. 122-132.

de los medios de comunicación: documentales, entrevistas, reportajes, novelas, películas.³¹

Como se ha indicado, la contestación del régimen del “verdadero género” por parte de activistas y familiares, coincidía en el tiempo con un giro revisionista de los planteamientos construccionistas de Money y de sus colaboradores. Estos negaban la relevancia de las condiciones genéticas y de la endocrinología prenatal en la formación del género. Sin embargo, y de manera creciente, nuevos trabajos venían a corroborar la importancia de los componentes neurobiológicos en la gestación de las preferencias femeninas y masculinas.

A finales de los noventa, y a través de la coordinación de esfuerzos entre militantes, especialistas biomédicos e investigadores sociales, todos ellos disintiendo del modelo de tratamiento fijado por Money, comenzó a hablarse de un “nuevo paradigma” en la atención de las personas intersex.³² Se trata de un emergente “estilo de razonamiento” que insiste en la “autonomía” y en la “calidad de vida” del paciente como metas principales del asesoramiento clínico. Este nuevo “régimen de verdad” sólo se ha visto confirmado oficialmente y a escala internacional en 2006, aunque de un modo extremadamente limitado.³³ En ese año se publicó el “Consensus Statement on Management of Intersex Disorders”,³⁴ aprobado en el curso de un Congreso sobre Intersexo, celebrado en Chicago (octubre de 2005), organizado conjuntamente por la Sociedad de Endocrinología Pediátrica Lawson Wilkins y por la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica. La propuesta sancionada

³¹ En España, véase por ejemplo el reportaje de Beatriz G. PORTALATÍN, “La intersexualidad ya no se oculta”, *El Mundo*, 26 de octubre 2012 <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/10/25/noticias/1351184448.html>> [consultado el 18 de junio 2013]. Véase también el documental de la catalana TV3, “Què és la intersexualitat?”, <<http://www.tv3.cat/videos/3050470/Que-es-la-intersexualitat>>, 12 de agosto 2010 y la entrevista con el psicólogo e intersexual, Gabriel Martín, también en TV3 <<http://www.youtube.com/watch?v=EIXmkFKR48E>>, 8 de diciembre 2011. Dentro del ámbito fílmico hay que mencionar la película coproducida por Argentina, España y Francia, y titulada *XXX*, dirigida por Lucía Puente en 2007. En la esfera narrativa pueden citarse la novela histórica de Agustín SÁNCHEZ VIDAL, *Esclava de Nadie*, Madrid: Espasa Calpe, 2010 y la traducción de Jeffrey Eugenides, *Middlesex*, Barcelona: Anagrama, 2003. Sobre esta última, Leandro PÉREZ MIGUEL, “¿La novela más grande del año?”, *El Mundo*, 15 de diciembre 2003 <http://www.elmundo.es/elmundolibro/2003/12/02/narrativa_extranjera/1070386363.html> y N. GREGORI FLOR, “La experiencia intersexual”, pág. 77.

³² Por ejemplo A. D. DREGER, “A history of intersex: from the age of gonads to the age of consent”, op. cit., págs. 17-18 y B. E. WILSON y W. G. REINER, “Management of intersex”, op. cit., págs. 123-130.

³³ Sobre esas limitaciones, K. Karkazis, *Fixing sex*, págs. 4-6

³⁴ Peter A. LEE, Christopher P. HOUK, S. Faisal AHMED y Ieuan A. HUGHES, “Consensus Statement on Management of Intersex Disorders”, *Pediatrics*, 118 (2006), págs. 488-501, en <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/e488.full.html>> [consultado el 15 de junio 2013]

supone un giro importante en la perspectiva biomédica, un cambio impuesto en buena medida por la lucha de los activistas intersex y por su vasta repercusión mediática.

Tres rasgos permiten delimitar este nuevo estilo de razonamiento concerniente al género: su emplazamiento en el espacio biológico, su tendencia a la descentralización y personalización de las decisiones y el énfasis que pone en potenciar la autonomía individual.

En efecto, la identidad de género de los sujetos ya no se contempla en el marco de un espacio psíquico, interior, modelado por las influencias del espacio familiar. Se traslada ahora a la superficie de lo puramente biológico, al ámbito de las secreciones hormonales y de sus alteraciones, vistas siempre a partir de la relación que estas mantienen con sus bases genético-moleculares y con sus implicaciones neurobiológicas.³⁵ Esas alteraciones, relacionadas con distintas condiciones intersexo, involucran a más de cuarenta secuencias genéticas distintas. Estas están relacionadas con la formación de la identidad sexual y con los episodios de masculinización y feminización, pero la mayoría de ellas se emplazan precisamente en los cromosomas no sexuales.³⁶ Por otro lado, las secreciones hormonales durante el desarrollo del embrión y en fase postnatal inmediata, regulan la actividad del cerebro y del sistema nervioso, orientando *ab initio* las preferencias de género. Esto permite una fuerte entronización de las neurociencias en la exploración de lo que ahora se denominan “desórdenes de la diferenciación sexual” (DSDs).

Ahora bien, esta recuperación de lo biológico en el plano molecular y neural, a contracorriente de su minusvaloración por las hipótesis de Money y de los Hampson, no significa en ningún caso el regreso a propuestas biodeterministas y mucho menos al diagnóstico del “verdadero sexo” subyacente e inmodificable. La dinámica hormonal y sus bases moleculares y cerebrales no se afrontan como un destino ineluctable sino como un espacio plástico, abierto al conocimiento preventivo (historial clínico familiar, diagnóstico prenatal mediante ultrasonido, amniocentesis, test genético) y a posibles intervenciones biotecnológicas (desde la hormonación y la farmacología prenatal a la cirugía y eventualmente a la terapia génica, pasando por el escaneo PET de las imágenes cerebrales),³⁷ modelable a través del asesora-

³⁵ El enfoque endocrinológico se afronta cada vez más desde el estudio de sus bases genético-moleculares y desde sus implicaciones neurales. Véase A. SPURGAS, “(Un)queering”, págs. 114-115

³⁶ K. KARKAZIS, *Fixing sex*, pág. 295.

³⁷ Sobre los riesgos, las dificultades y las perspectivas de futuro de estas prácticas diagnósticas y preventivas en el terreno de las personas intersexuales, véase K. KARKAZIS, *Fixing sex*, págs. 24-26

miento experto y el cambio en los estilos de vida, de modo que pueda orientarse en un sentido u otro la delimitación de la identidad. Se trata de conocer lo biológico con objeto de poderlo cambiar.³⁸ Como ha señalado Nikolas Rose,³⁹ lo propio de la biomedicina contemporánea es que extiende la capacidad de elegir a la fábrica misma de la existencia vital.

En consonancia con esto, se entiende que este espacio biológico manipulable no fija una rígida partición binaria entre los sexos o una división estricta entre lo normal y lo patológico. Sin duda, ciertas alteraciones que afectan a la diferenciación sexual, implican riesgos que pueden aconsejar intervenciones quirúrgicas más o menos precoces. Este es el caso de los trastornos metabólicos, de consecuencias potencialmente fatales, como los que a menudo afectan a las personas con CAH. Algo similar puede suceder con los individuos que presentan insensibilidad a los andrógenos, entre los cuales es relativamente alto el porcentaje de cánceres, por lo que puede resultar recomendable la observación continua o eventualmente la extirpación de las gónadas, tras realizar la pertinente biopsia.⁴⁰

Pero estos riesgos no implican que tales personas sean enfermas por su ambigüedad genital. Aquí se abre un variado espectro de posiciones. Por un lado los grupos de autoayuda, buena parte de los padres y de la comunidad médica que defienden la etiqueta DSD. Estos consideran que la identidad de género de las personas afectadas no se ve concernida en absoluto; se trata de varones o hembras como los demás, aquejados de un DSD. Por otro lado, otros profesionales biomédicos más críticos y activistas defienden, frente a la rigidez del esquema binario de los sexos, nuevas rúbricas que insisten en la “diversidad” y “variabilidad” que en este aspecto ofrece la biología humana. Hablarán entonces de “variaciones de desarrollo sexual o reproductivo”, o de “divergencias de desarrollo del sexo”.⁴¹ Se trataría además de una diversidad flexible, maleable, donde las diferencias de sexo se afrontan como variaciones de grado que pueden ser gestionadas a partir de las preferencias del individuo afectado. Finalmente, en la “extrema izquierda” se situarían aquellos planteamientos, sostenidos por algunas organizaciones militantes y clínicos hiper-críticos, defensores del rótulo “intersexo” o “intersexual”. Con esto se insiste en que estas personas desafían, con su identidad, el modelo dimórfico y heteronorma-

³⁸ Paul RABINOW, “Artificiality and Enlightenment. From sociobiology to biosociality”, en *Essays on the Anthropology of reason*, Princeton: Princeton University Press, pág. 93.

³⁹ N. ROSE, *The politics of life*, op. cit., pág. 254.

⁴⁰ A. D. DREGER, *Hermaphrodites*, págs. 189-190.

⁴¹ A. SPURGAS, “(Un)queering”, pág. 110.

tivo de los sexos-géneros, dominante en nuestra sociedad. Defienden así la condición *queer* de los intersexuales y su alianza con los movimientos GLTB.

Desde todo este espectro, no obstante, se recomienda ahora evitar, salvo en casos como los anteriormente señalados, las intervenciones quirúrgicas precoces; se aconseja retrasarlas, esperar al desarrollo del individuo y, en cualquier caso, abordarla según los deseos, la elección y la responsabilidad de la persona concernida. En este punto, las intervenciones médicas, incluidas las de la cirugía, apuntan no a curar, sino a “empoderar” a las personas que demandan sus servicios. Lo que aquí se despliega, más que una biomedicina de vocación terapéutica, es una biomedicina de “realce”, que pretende potenciar las capacidades y la calidad de vida del paciente.

El género se asienta pues en las bases moleculares de la vida, pero al mismo tiempo se afronta como una realidad modificable, flexible y diversa. Se está pues ante un estilo de razonamiento situado más allá de las divisiones clásicas entre naturaleza y cultura, esencialismo y construccionismo, sujeto y objeto, libertad y determinismo. Para dar cuenta del modelo antropológico adecuado a estos tiempos que se sitúan más allá de la lógica bivalente del pensamiento humanista occidental, el filósofo alemán Peter Sloterdijk, acuñó el concepto de “hombre autooperable”.⁴² Este se apoya en una tecnología que se articula sobre las bases biológicas de su existencia, pero no bajo el esquema humanista de la dominación técnica de una naturaleza externa (alotecnología) sino bajo el patrón posthumanista de una optimización o realce inherente a las propias estructuras moleculares de la vida (homotecnología). En ese mismo sentido utilizamos la expresión de “género autooperable”, esto es, susceptible de diseño en su propia nervadura molecular, ajustándolo a las elecciones del individuo.

En segundo lugar, el nuevo estilo a la hora de pensar las identidades sexuales, se apoya en la descentralización y personalización de las decisiones. En la lógica del “verdadero género”, la identidad asignada dependía del equipo de especialistas biomédicos, que *motu proprio* y a menudo sin informar a la familia, decidía el sentido de la intervención quirúrgica y más tarde tutelaba todo el proceso formativo a fin de asegurar la permanencia en el sexo escogido.

⁴² Peter SLOTERDIJK, “El hombre operable; Notas sobre el estado ético de la tecnología génica”, *Revista Artefacto*, 4 (2001), pág. 91-105, <http://www.revista-artefacto.com.ar/revista/nota/?p=91> [consultado el 16 de junio 2013] y Peter SLOTERDIJK, “El hombre auto-operable: sobre las posiciones filosóficas de la tecnología genética actual”, *Revista Sileno. Variaciones sobre arte y pensamiento*, 11 (2001), págs. 80-91

Este esquema de tutela vertical ejercida por los especialistas se ve ahora reemplazado por un modelo horizontal, apoyado en la negociación. La voz cantante la lleva ahora el paciente y su familia, cuya decisión se adopta bajo el asesoramiento de una multiplicidad de agentes. En el caso de un neonato intersexo, los médicos informan a los padres remitiéndoles a las labores de consejo, supervisión y respaldo, desempeñadas por psicólogos, trabajadores sociales y grupos de autoayuda. El proceso se acompaña de todas las garantías que aseguren el consentimiento informado y la responsabilidad de los afectados con las decisiones que se adoptan. Aquí desempeñan un papel relevante los expertos en bioética médica. La familia por tanto atiende al problema recurriendo a la relación contractual, y no ya de tutela, con un vasto espectro de profesionales y también de activistas o de asociaciones de afectados.

En este nuevo modelo de actuación, la medicina no desaparece de la escena, no se trata de un dispositivo “desmedicalizado”. Al contrario, ciertas urgencias (riesgo de infecciones urinarias permanentes, problemas de crecimiento, trastornos metabólicos graves, susceptibilidad a ciertos tipos de cáncer en algunas variantes de intersexualidad) pueden hacer recomendable la intervención quirúrgica precoz o en cualquier caso una vigilancia constante por parte de los especialistas. A estas circunstancias se añaden los potenciales peligros derivados del uso permanente de hormonas y esteroides, por no hablar de ciertos síntomas de estrés postraumático relativamente frecuentes en los individuos intersex (depresión, ansiedad elevada, tendencias suicidas, inestabilidad emocional, abuso de sustancias, pérdidas y ganancias de peso, fracaso escolar).⁴³ El sujeto intersexual se convierte entonces en un individuo “en riesgo”, que necesita una constante monitorización sanitaria, a lo largo de toda su vida.

Por otro lado, el saber médico aparece con un formato mucho más plural. Así por ejemplo, la información sanitaria recogida en Internet, en las páginas webs de los colectivos de afectados, o la ofrecida por los distintos especialistas pediátricos consultados por las familias, contrastan con la verdad monolítica y general defendida en los protocolos inspirados por John Money. Por último, los saberes estrictamente biomédicos (Endocrinología, Genética, Urología) comparecen ahora en relación de rivalidad y complementariedad con otros saberes (psicología, bioética, trabajo social, *coaching*). El menú de tratamientos posibles (genéticos, psicológicos, neurológicos, endocrinológicos, de asistencia social) se amplía enormemente. To-

⁴³ A. Spurgas, “(Un)queering”, pág. 115

dos ellos apuntan a asesorar a la familia suministrando siempre una evaluación personalizada y flexible. Se acepta entonces que el sexo escogido por los padres al nacer su hijo, pueda ser alterado por éste en el curso de su desarrollo, sin que ello se perciba ya como una “emergencia social”. En este caso, por tanto, los tratamientos, incluida la cirugía de reasignación sexual (CRS), operan al servicio de quien las demanda, que se hace responsable así de sus decisiones (si se usa o no la hormona o el suministro de esteroides, y de qué modo, y si se usa o no el diagnóstico prenatal o la cirugía y en qué medida). Nada que ver por tanto con esas operaciones de reasignación a las que se les achacaba un perfil “eugenésico”.⁴⁴

Se tiene así un complejo asistencial formado por profesionales biomédicos de especialidades diversas, grupos de autoayuda, comités de bioética, consultas de psicólogos, gabinetes de trabajadores sociales, laboratorios de genetistas, clínicas privadas que ofrecen un paquete de servicios múltiples, es decir, todo un mercado de bienes de salud donde los afectados y sus familias contratan el menú más adecuado para diseñar su propia identidad de género minimizando a la vez el riesgo de enfermedad física y el daño de índole emocional y afectiva.

Finalmente en el estilo del “género autooperable”, todo el énfasis recae sobre la autonomía personal. Lo biológico ya no es un fondo de fuerzas determinantes; es el lugar donde el sujeto se constituye a sí mismo, diseña su propia identidad y se responsabiliza de sus elecciones. En consonancia con esta medicina no directiva y centrada en el paciente, la ética pasa a ocupar un primer plano.⁴⁵ El afectado se tematiza como un sujeto activo y prudente, que debe hacerse cargo de los riesgos involucrados en sus decisiones, ilustradas gracias al asesoramiento de diversos especialistas y grupos de autoayuda. No está ya a merced de una identidad sexual en cuya construcción él no participa, asignada por los expertos e inculcada a través de la socialización familiar. Ahora se encuentra abocado al “cuidado de sí”, pero no en una situación de aislamiento, sino a través de su participación en asociaciones y colectivos de autoayuda.

¿Qué forma de gobierno de las poblaciones, qué tipo de biopolítica aparecen entrelazadas con este régimen del “género autooperable”? En el contexto de la biopolítica social y de las tecnologías *welfaristas* de gobierno, la “verdadera identidad de género” estipulada por los protocolos inspirados en Money funcionaba como una

⁴⁴ Nikki SULLIVAN, “The role of medicine in the (trans)formation of ‘wrong’ bodies”, *Body and Society*, 14 (2008), 1, págs. 105-116, pág. 109.

⁴⁵ K. KARKAZIS, *Fixing sex*, pág. 258; A. SPURGAS, “(Un)queering”, págs. 102-103.

norma disciplinaria, fijada por las burocracias sanitarias para corregir esa emergencia social que constituía toda ambigüedad sexual en el neonato. Esto se conseguía recurriendo al biopoder propiamente disciplinario representado por la CRS. Pero se completaba con el ejercicio preventivo de un biopoder regulador que actuaba sobre las imágenes transmitidas en el espacio doméstico, decisivas para la formación de la identidad.

En el nuevo estilo de biomedicina centrada en el paciente, ya no son las burocracias médicas las que prefiguran la identidad sexual del sujeto mediante la cirugía precoz. Este debe diseñarla por sí mismo, contratando servicios de asesoría (una suerte de *consulting* asistencial) en un mercado de bienes de salud, recurriendo a grupos de autoayuda, al consejo genético y psicológico, a la evaluación de los procedimientos por comités bioéticos, etc. Es decir, el problema se gobierna no por la actuación directa de las estructuras sanitarias del Estado sobre la vida de los ciudadanos, sino por la construcción artificial de un mercado de servicios donde agencias diversas –que pueden ser privadas, públicas o mixtas– compiten por asesorar al paciente.

Este se convierte así en un cliente, un consumidor en un mercado de servicios de bienestar y “calidad de vida”.⁴⁶ Las nuevas legislaciones relativas a la identidad de género, como la británica de 2005 o la española de 2007, ya no prescriben por ello, en los casos de cambio de identidad sexual, el requisito de la CRS; esta fórmula disciplinaria aparece ahora apartada del poder de soberanía representado por la ley. En una modalidad neoliberal de biopolítica,⁴⁷ como la que corresponde a nuestras sociedades avanzadas, no es el Estado el que debe dictaminar lo que hay que hacer con el cuerpo de sus gobernados; son ellos mismos, participando en los grupos que vertebran la sociedad civil y en las agencias que componen el mercado, los que se han de responsabilizar de las decisiones que conciernen a su cuerpo y a su identidad sexual. Estos ingresan así en una esfera económica autorregulada, en un ámbito de acumulación de “biocapital”,⁴⁸ donde es la propia vida, en su escala hormonal y molecular, la que genera plusvalías.

El individuo intersexual o trans está invitado a hacerse cargo de su cuerpo, a responsabilizarse de las decisiones que afectan a su salud, a adoptar una prudente actitud a la hora de operarse, hormonarse, someterse a diagnóstico prenatal, tener pa-

⁴⁶ A. SPURAS, “(Un)queering”, pág. 114.

⁴⁷ M. DEAN, *Governmentality*, págs. 149-175 y N. ROSE, *Powers*, op. cit., págs. 137-166.

⁴⁸ Sobre este concepto, N. ROSE, “The Politics of life”, págs. 33-34.

reja o descendencia, a sondear y gestionar adecuadamente su vida emocional para prevenir riesgos como la depresión o el suicidio.⁴⁹ En suma, su *ethos* corresponde al perfil del “empresario de sí mismo” propio de la biopolítica neoliberal. El nuevo estilo biomédico, altamente personalizado, no trata al individuo como una instancia que debe ser socializada dentro de un agrupamiento biológico masivo (varón o hembra), sino como alguien que debe afrontar por sí mismo y de modo responsable el diseño de su propia identidad, dentro de coordenadas y narrativas vitales específicas.

El nuevo escenario del “género autooperable”, inserto en el gobierno neoliberal de la vida, parece realizar algunas de las metas emancipatorias perseguidas por los movimientos de personas intersexuales y trans. La autonomía, la transparencia, las garantías éticas, la reducción del estigma, parecen en efecto quedar ampliadas dentro de esta configuración emergente. Pero al mismo tiempo, se abren nuevos problemas y nuevos peligros. Si estas variantes de género ya no pudieran inscribirse en el registro de lo patológico sino en el de lo cosmético, ¿cómo justificar su financiación a cargo de los poderes públicos o de las aseguradoras? Si la medicina ya no produce estándares nítidos y binarios en relación con las identidades de género, ¿qué sucederá con aquellas personas procedentes de familias pobres en capital cultural legítimo, hundidas en el estupor y la incertidumbre ante el nacimiento de un niño intersexual?; ¿qué sucederá si ya no les será factible recurrir a la categoría de “trastorno de identidad de género” para tranquilizar sus conciencias?; ¿qué dinámicas de angustia y sobreconsumo sanitario se abren en personas intersexuales no operadas al nacer pero obligadas por ello a una autoobservación permanente (hormonación controlada, suministro de esteroides, analíticas periódicas, tests, intervenciones quirúrgicas, daños psíquicos) de su desarrollo? Por otra parte, ¿qué sucederá con aquellos que se niegan a asumir la patologización y la nomenclatura DSD?; ¿quedarán excluidos de la posibilidad de participar como consumidores en el nuevo mercado de servicios de calidad de vida y bienestar? Finalmente, ¿en qué medida la división entre partidarios y detractores del DSD debilita la fuerza del movimiento intersex?; ¿en qué medida el triunfo de la terminología DSD contribuye a despolitizarlo y a escindirlo de otros movimientos sociales contrarios a las políticas del neoliberalismo?

⁴⁹ Como han señalado con acierto Eva ILLOUZ, *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*, Buenos Aires: Katz, 2010, págs. 110-113, el capitalismo, lejos de obligar a la represión de las emociones en aras del interés racional y el cálculo, potencia su desciframiento, expresión y articulación

Estas cuestiones están constituyendo ya un desafío para el movimiento de personas trans e intersexuales. Lo que en mi intervención se ha pretendido es proporcionar a estas iniciativas un instrumental de análisis puesto al día, que vaya más allá de la “crítica de la medicalización” y que permita conectar las luchas por la identidad de género con las luchas por la justicia social en la era del neoliberalismo.