



Revista de Estudios de Género. La ventana

ISSN: 1405-9436

ISSN: 2448-7724

revista_la ventana@csh.udg.mx

Universidad de Guadalajara

México

Farji Neer, Anahí

Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas

Revista de Estudios de Género. La ventana, vol. 6, núm. 52, 2020, Julio-, pp. 132-160

Universidad de Guadalajara

México

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88463464005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas

Trajectories, debates and experiences towards surgical treatments requested by transgender people. Reading professional discourses through feminist debates

Anahí Farji Neer¹

¹ Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina.
Correo electrónico: anahifarji@hotmail.com

Resumen

Desde la década de 1990, una serie de trabajos teóricos y empíricos producidos en el marco de los estudios feministas y los estudios de género han analizado los procesos de construcción corporal y subjetiva llevados a cabo por la población trans. Estos trabajos se preguntaron en qué medida dichas experiencias contribuían a reforzar el sistema binario de género o bien lo ponían en crisis. En el mismo período, distintos trabajos también elaborados en el marco de los estudios feministas y los estudios de género, produjeron una mirada crítica de las cirugías estéticas. Algunas producciones las concibieron como prácticas insertas dentro de dispositivos de normalización de los cuerpos dirigidos principalmente a las mujeres cisgénero. Otras se propusieron entender a las mujeres cisgénero como agentes de decisión al solicitar dichas intervenciones y no como sujetos alienados por los mensajes culturales que

afirman su subordinación. Teniendo en cuenta estos debates, el presente trabajo pone en diálogo el campo de estudios feministas y estudios de género con el campo de la salud en torno a las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans para construir su corporalidad. A fin de identificar puntos de encuentro y desencuentro en las tensiones y debates presentes en ambos campos, se analizan los sentidos que profesionales de la salud de las especialidades de urología y cirugía plástica y reparadora elaboran en torno las intervenciones quirúrgicas de construcción corporal solicitadas por la población trans. El trabajo se basa en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas entre 2015 y 2019 a profesionales de la salud de las especialidades de urología y cirugía plástica y reparadora que ejercen profesionalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave: profesiones médicas, acceso a la salud de la población trans, feminismos, Cirugía Plástica y Reparadora, Ley de Identidad de Género

Abstract

Since 1990s, some theoretical and empirical approaches to bodily construction processes carried out by transgender people were produced by feminism and gender studies. These works wondered to what extent those experiences contributed to reinforce the binary gender system or to put it in crisis. In the same period, several studies carried out in the field of feminism and gender studies produced a critical approach to

cosmetic surgeries. Some productions conceived cosmetic surgery as a normalization practice of cisgender women's bodies. Other ones aimed to understand cisgender women as autonomous agents of decision. That is, neither as mere victims of the cosmetic surgery industry nor as subjects alienated by cultural messages that affirm their subordination. Taking these debates into account, this article puts into dialogue feminism and gender studies with the bio-medical field. In order to identify points of agreement and disagreement between those fields, it focuses on the senses that urological surgeons and plastic and reconstructive surgeons elaborate around surgical treatments requested by transgender people. The study is based on the analysis of in-depth interviews conducted between 2015 and 2019 to urological surgeons and plastic and reconstructive surgeons of the Metropolitan Area of Buenos Aires.

Keywords: medical professions, transgender health, feminism, plastic and reconstructive surgery, Gender Identity Law

RECEPCIÓN: 03 DE SEPTIEMBRE DE 2019/ACEPTACIÓN: 09 DE ENERO DE 2020

Introducción

Desde finales del siglo XIX, los sentidos sociales acerca de las formas de vida que desafían el binarismo de género fueron hegemonizados por el campo médico. Hacia fines de siglo XIX y principios de siglo XX, en Europa la categoría de “inversión sexual”

surgida en el seno de la emergente sexología clínica se constituyó como la piedra basal de una serie de intervenciones con fines correctivos (Russo, 2013). Desde fines de la década de 1970, los manuales de clasificación de enfermedades y trastornos mentales de circulación mundial –el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud– comenzaron a incorporar la categoría del “Transexualismo” (Di Segni, 2013). Esta había sido elaborada en la década de 1960 por el endocrinólogo alemán Harry Benjamin. Basándose en los pedidos que recibía en su consultorio, Benjamin consideró que la terapia indicada para “restituir” el equilibrio entre el cuerpo y la auto identificación en los casos de “transexualismo verdadero” debía incluir la terapia hormonal y la cirugía genital (Meyerowitz, 2002). El tratamiento requería adaptar la corporalidad a la autorepresentación y no intentar curarla por medio de tratamientos psicoterapéuticos, como se había sostenido hasta el momento. El proceso de diagnóstico se orientaba a descartar la esquizofrenia y la psicosis, y a corroborar tres fenómenos: el sentimiento de pertenecer al “otro” género, el uso temprano y persistente de vestimentas del “sexo opuesto” sin un sentido erótico y el desprecio hacia el comportamiento sexual homosexual (Bento, 2006). Pasado el proceso de diagnóstico, el tratamiento se componía de tres etapas progresivas: una psicológica (que posteriormente incluyó la realización del “test de la vida real”), una hormonal y por último, una quirúrgica. Con base en este modelo

terapéutico, las personas que deseaban constituirse como candidatas aptas para el ingreso a los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos se veían obligadas a adaptarse en términos gestuales y corporales a los estereotipos de femineidad y masculinidad esperados por los/as profesionales de la salud, exponer un relato biográfico lineal e inducir sentimientos de compasión (Bento, 2004; 2006).

En este marco, desde la década de 1970 y con mayor énfasis a partir de 1990, una serie de trabajos teóricos y empíricos producidos desde los estudios feministas y los estudios de género, la sociología, la antropología, la historia y la teoría *queer*, analizaron los procesos de construcción corporal y subjetiva llevados a cabo por la población trans. En un comienzo tomando exclusivamente las experiencias femeninas, estos trabajos se preguntaron en qué medida dichos procesos contribuían a reforzar el sistema binario de género, o bien, lo ponían en crisis. Los abordajes que sostenían lo primero consideraban que las experiencias trans reforzaban los diacríticos femeninos particularmente opresivos para las mujeres cisgénero. Afirmaban que las experiencias de construcción corporal desarrolladas por las *mujeres transexuales* constituían formas de apropiación de lo femenino en complicidad con el poder médico (Raymond, 1994). Por su parte, aquellos trabajos que sostenían que lo ponían en crisis retomaron los planteamientos de Judith Butler (2001), quien afirmó que las experiencias trans desafiaban las bases del sistema binario de género ya que ponían de manifiesto lo contingente de la relación entre cuerpo e identidad y expresaban de modo ejemplar que el género no tiene esencia. Algunos de estos trabajos focalizaron

en los sentidos que las personas trans les asignaban a sus prácticas de construcción corporal. Desde la teoría *queer*, afirmaron que estas prácticas constituían apropiaciones subversivas de las herramientas biotecnológicas de regulación de los sexos y los géneros (Preciado, 2008; 2009). Otros enfoques afirmaron que se trataba de prácticas precarias de construcción corporal que profundizaban las condiciones de vulnerabilidad de la población trans (Silva, 1993; Kulick, 1998; Benedetti, 2000; Fernández, 2004; Pelúcio, 2009). Desde los estudios feministas y la antropología médica, distintos trabajos abordaron el poder performativo del discurso médico-científico y el carácter regulador de sus categorías y prescripciones al intervenir sobre los deseos de construcción corporal de las personas trans (Hausman, 1995; Soley-Beltrán, 2003; Bento, 2006). Otros abordajes afirmaron que desde el campo médico se naturalizaba una mirada ideologizada de la anatomía, la misma que justificaba y sustentaba las intervenciones sobre bebés que, con base en esos mismos criterios, poseían una genitalidad ambigua o no clasificable (Maffía y Cabral, 2003; Leite, 2008).

A fin de subvertir la lógica de colonización discursiva de las experiencias trans producida tanto por parte de las disciplinas biomédicas como por el feminismo, las humanidades o las ciencias sociales, desde la década de 1990 una serie de trabajos elaborados por académicos/as y activistas trans de Estados Unidos conformaron los *Transgender Studies* (Fernández Romero, 2019). Sus producciones afirmaron la necesidad de dar centralidad a las voces de las personas trans al producir sentidos respecto a sus vidas y garantizar

su autonomía de decisión en todos los ámbitos de la vida (Bornstein, 1994; Feinberg, 1992). Una gran cantidad de producciones abordaron las lógicas opresivas del campo médico frente a la población trans (Stone, 1991; Stryker, 1994; Spade, 2006). Al interior de este campo de estudios fue forjado el concepto de cisexismo o privilegio cissexual para referir al “doble estándar que promueve la idea de que los géneros de las personas transexuales son distintos y menos legítimos que los géneros de las personas cissexuales” (Serano, 2007, s/n).

En el mismo período, también desde el feminismo y los estudios de género, distintos trabajos produjeron una mirada crítica acerca de las cirugías estéticas. Algunas producciones concibieron a estas cirugías como prácticas insertas dentro de un dispositivo de normalización de los cuerpos dirigido principalmente a las mujeres cisgénero. Afirmaron que este dispositivo se montaba sobre los discursos liberales e individualizantes que ponían el foco en la construcción de la propia identidad en el marco del auge del consumo masivo de productos y servicios de mejoramiento biotecnológico (Young, 1990; Morgan, 1991). Dentro de este conjunto de trabajos se encuentran los de Elsa Muñiz (2012; 2014). Desde una posición feminista, Muñiz considera que la industria de la cirugía estética promueve formas corporales estandarizadas en las que se diluyen las diferencias corporales. Sostiene que tanto las intervenciones que buscan la corrección de las facciones del rostro, como las que se orientan a modificar la masa corporal, las cirugías de “cambio de sexo” y las “etnocirugías” refuerzan en igual medida los regímenes

sexuales y los estereotipos de belleza dominantes (Muñiz, 2012; 2014).

Los trabajos de Kathy Davis (2003), Virginia L. Blum (2003) y Anne Balsamo (1996) aportaron nuevas aristas al debate, afirmando el carácter paradójico de estas intervenciones. Para estas autoras, si bien pueden ser leídas como mecanismos de opresión y normalización, también pueden representar posibilidades de agencia y autonomía en los recorridos vitales de quienes las eligen. En esta línea, trabajos como el de Susan Bordo (2001) se propusieron entender a las mujeres cisgénero como agentes de decisión y no como meras víctimas de la industria de la cirugía estética o sujetos alienados por los mensajes culturales que afirman su subordinación (Elliott, 2011).

Los principales debates al interior de los estudios feministas y los estudios de género, tanto en lo que refiere a las decisiones de las personas trans para construir su corporalidad como a las cirugías estéticas realizadas por mujeres cisgénero, pueden resumirse en dos pares oposicionales: reproducción o desestabilización del binarismo de género y alienación o libre elección como motivos para realizarse dichas intervenciones. A su vez, estos pares oposicionales se encuentran atravesados por un debate en torno al rol que ocupan los avances biotecnológicos en la lucha por la emancipación de las mujeres cisgénero y por el reconocimiento social de las identidades trans. Esto es, entender la expansión de los avances biotecnológicos como instancias que potencian las prácticas de libertad y autonomía de los sujetos subalternizados, o bien como herramientas que reproducen un sistema de opresión basado en el género.

Prestando atención a estos debates, y haciendo foco específicamente en los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans, considero relevante poner en diálogo estas discusiones con los debates profesionales que se desarrollan al interior del campo médico. El objetivo del trabajo es analizar los principales debates que atraviesan al campo de las especialidades quirúrgicas en torno a las intervenciones solicitadas por la población trans a fin de identificar puntos de continuidad y discontinuidad con los debates suscitados en el campo de los estudios feministas y los estudios de género. Para ello, abordo los sentidos que profesionales de las especialidades de urología y cirugía plástica y reparadora les atribuyen a las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

En el marco de mi investigación doctoral primero y posdoctoral

² Investigaciones desarrolladas en el marco del Programa del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y de una beca doctoral y posdoctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

luego², entrevisté a profesionales de la salud que cuentan con trayectoria local en la atención de la salud de la población trans. La principal técnica utilizada fue la realización de entrevistas en pro-

fundidad. La muestra se compuso de profesionales de la salud que se desempeñaban en servicios de salud del subsistema público, privado y/o obras sociales del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) y que contaban con experiencia en la atención de la salud de personas trans. En una primera etapa entrevisté a los/as profesionales con mayor trayectoria local en los tratamientos de construcción corporal solicitados por la población trans. A partir de allí, adopté la técnica de muestreo por bola de nieve. A fin de

abarcas la mayor heterogeneidad posible de perfiles profesionales, no establecí a priori un recorte en términos de especialidades médicas.

El proceso de investigación también incluyó observaciones no participantes en jornadas profesionales sobre la temática abordada. En la muestra de entrevistados/as incluí profesionales que participaron en calidad de expositores/as de los eventos observados. En las entrevistas indagué en los motivos que los/as llevaron a incursionar en la atención de la salud de la población trans, las características que asumió dicho proceso y los sentidos que el mismo adquirió en el marco de sus trayectorias profesionales. Entrevisté un total de dieciocho profesionales de la salud de las especialidades de salud mental, endocrinología, ginecología, clínica médica, medicina familiar, fonoaudiología, pediatría, urología y cirugía plástica y reparadora. En el presente trabajo me centro en el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a cuatro profesionales de las especialidades de urología y cirugía plástica y reparadora. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos y fueron grabadas con previo consentimiento oral. Mantengo la confidencialidad de las identidades de las personas entrevistadas mediante el uso de nombres de fantasía.

En el presente trabajo expongo y analizo distintos fragmentos de entrevistas que seleccioné en función de dos ejes analíticos: los modos de entender los tratamientos de construcción corporal solicitados por la población trans y los principales debates o discrepancias en lo que refiere a su carácter estético o reconstructivo y al rol

otorgado a los/as profesionales de salud mental en el marco de los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans.

La construcción corporal trans como derecho humano: la Ley de Identidad de Género argentina

En 2012, en Argentina fue aprobada la Ley 26.743 de Identidad de Género. Su artículo 11º establece que mayores de edad pueden acceder a “intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”. Con anterioridad a esta normativa, las cirugías genitales voluntarias se encontraban prohibidas en virtud de la Ley 17.132 de ejercicio de la medicina y el Código Penal. Previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, las personas trans que accedían a intervenciones quirúrgicas genitales lo hacían en la clandestinidad o bien en el extranjero (Farji Neer, 2016). La aprobación de la Ley de Identidad de Género sentó las bases legales para revertir las dificultades en la accesibilidad al sistema de salud por parte de la población trans. A las necesidades sanitarias compartidas con el resto de la población, en muchos casos se sumaba el acceso a tratamientos e intervenciones para construir su corporalidad. La aprobación de la Ley de Identidad de Género promovió un incremento en la demanda de tratamientos e intervenciones de construcción corporal trans. No obstante, al momento de la aprobación de la normativa existían

contados/as profesionales en el país capacitados/as para realizarlas. A su vez, los tratamientos de construcción corporal solicitados por las feminidades trans y los requeridos por las masculinidades trans presentaban características que los diferenciaban³.

En el período en el que el presente trabajo fue elaborado, aquellos/as profesionales que realizaban las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans tenían como formación de base la urología o la cirugía plástica y reparadora. Su formación había provisto solo parcialmente los conocimientos necesarios para ello. Los/as profesionales entrevistados/as se desempeñaban en el marco de equipos interdisciplinarios de atención de la salud de las personas trans ya conformados o en proceso de conformación. Algunos de los equipos fueron creados con anterioridad a la Ley de Identidad de Género y otros se conformaron con posterioridad. Cada equipo tenía la potestad de elaborar sus propios mecanismos de atención basados en las guías locales e internacionales, la experiencia clínica acumulada y/o las concepciones y criterios de sus integrantes.

La aprobación de la Ley de Identidad de Género permitió que cada vez más trans se acercaran a los servicios de salud solicitando intervenciones para construir su corporalidad. A los/as profesionales que ya contaban con el saber técnico necesario, la aprobación de la Ley les permitió realizar los tratamientos con mayor libertad.

³En 2016, el Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizó un relevamiento de las condiciones de vida de la población trans de dicha jurisdicción. De un total de 202 encuestados/as, 169 eran *travestis y mujeres trans* y 33 eran *hombres trans*. Los resultados de la encuesta arrojaron que entre *travestis y mujeres trans*, un 86,4% se había realizado alguna intervención corporal. De estas, un 69,4% había realizado un tratamiento hormonal, un 72,1% se había inyectado siliconas, un 59,2% se había colocado implantes (en su mayoría mamarios) y un 6,1% se había realizado una intervención quirúrgica genital. De la población de *hombres trans*, un 87,9% se había realizado alguna intervención de modificación corporal. De ellos, el 96,6% había realizado un tratamiento hormonal, el 48,3% se había realizado una mastectomía o cirugía de masculinización de tórax y un 6,9% había accedido a una intervención quirúrgica genital (Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017).

Para aquellos/as que no contaban con la experiencia ni el conocimiento requerido, la demanda de atención fue el puntapié inicial para comenzar a incursionar en dichas técnicas.

A continuación, analizo los sentidos que los/as profesionales de la salud entrevistados/as elaboraron acerca de su forma de entender las intervenciones solicitadas por la población trans, así como identifiqué diferencias y debates acerca de los criterios de atención implementados. Luego, analizo dichos sentidos a la luz de las coordenadas de los debates suscitados al interior del feminismo y los estudios de género en torno a dichas prácticas quirúrgicas, a fin de identificar posibles continuidades y discontinuidades entre ambos campos.

“No es una cirugía nada más...”

Siguiendo a los/as entrevistados/as, el quehacer profesional involucrado en las intervenciones solicitadas por la población trans implicaba una progresiva adquisición de conocimiento de cuestiones técnicas específicas, pero también requería una cuota importante de *sensibilidad*, capacidad que, siguiendo a los/as entrevistados/as, no se aprendía en la formación médica sino que se derivaba de las aptitudes humanas y personales de cada profesional. En principio, se refirieron a la sensibilidad necesaria para incursionar en una temática desacreditada por sus pares y colegas. Luego, a la capacidad de empatía para poder escuchar las necesidades corporales de cada paciente y traducirlas en las técnicas quirúrgicas disponibles:

Cada paciente es distinto y cada paciente ha sido un aprendizaje y ese aprendizaje no es fácil porque hay condiciones que te marcan un rumbo con ese paciente, las características de la piel, si está hormonizado, si ha usado *binder* o faja o lo que sea, son todas cuestiones...el tamaño de la mama, el deseo del paciente, porque el paciente a veces quiere una técnica y uno tiene que adaptarla en la medida que se puede (...) hay pacientes que vienen y me dicen “no quiero nada, no quiero ningún recuerdo de mi vida anterior” no quieren areola, no quieren pezón, no quieren nada, y otros pacientes que por el tamaño tenés que hacer una técnica y después les tenés que hacer una reconstrucción y crearles una areola y un pezón. Otros pacientes que no quieren cicatrices. (Cynthia, cirujana plástica)

Los/as profesionales entrevistados/as afirmaron que al conocimiento de las técnicas quirúrgicas para poder realizar los tratamientos solicitados por las personas trans se sumaba la aptitud para reconocer o interpretar sus necesidades subjetivas. Dicha aptitud era caracterizada como parte del carácter *customizado* de estas intervenciones. La posibilidad de desarrollar dicha capacidad o sensibilidad era un factor que los/as diferenciaba del resto de sus colegas:

Yo creo que si uno se pone a evaluar esto nada más como una cirugía, va al fracaso. No es una cirugía nada más. Los ciruja-

nos estamos acostumbrados a pensar en cirugía y nada más, pero si uno se pone a decir que esto es sacar los testículos, sacar el pene, hacer una vagina... tiene un montón de simbolismo, hay que hablar antes con los pacientes. No todos los pacientes quieren el mismo tipo de cirugía. Hay un tema de customización e individualización de esto, feroz. Creo que no es nada más que una cirugía. (Santiago, médico urólogo)

Con base en los relatos de los/as entrevistados/as es posible afirmar que los/as profesionales especializados/as en las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans no las entendían como engranajes de una maquinaria de normalización masiva de los cuerpos. Por el contrario, afirmaban la importancia de adaptar las técnicas quirúrgicas a las necesidades subjetivas de cada paciente. Como se verá en el siguiente apartado, aun entendiendo a las intervenciones quirúrgicas como instancias médicamente necesarias para mitigar un presunto padecimiento psíquico inherente a la experiencia trans, comprendían que las mismas podían potenciar un desarrollo individual y subjetivo singular.

¿Cirugías estéticas o reparadoras?

Uno de los debates que se presentaba tanto en el campo médico como a nivel social en torno a estas intervenciones refería a la forma de entenderlas: como intervenciones estéticas o bien como reparadoras⁴. Algunos/as de

⁴ La formación de los/as profesionales de dicha especialidad se divide en dos grandes áreas: cirugía reparadora y cirugía plástica estética. El programa de la *Residencia de Cirugía Plástica Estética y Repa-*

los/as profesionales entrevistados/as consideraban que las intervenciones solicitadas por la población trans constituían intervenciones reparadoras. Es decir, las comprendían dentro de aquellas que tenían por objetivo paliar el sufrimiento ocasionado por secuelas de enfermedades, accidentes o cuadros congénitos. Por ello, sostenían que las mismas debían ser garantizadas por parte del sistema público de salud. Refiriéndose a las cirugías genitales, un entrevistado afirmaba: “Eso mismo le pasa al que tiene labio leporino, al que tiene secuela de quemadura, el que tiene una secuela de accidente, a la mujer que le falta la mama...” (Ricardo, cirujano plástico).

Otros/as profesionales sostenían que las intervenciones solicitadas por la población trans no se ubicaban en ninguna de las dos categorías, aunque retomaran de la cirugía estética muchos de sus preceptos técnicos:

No es reconstructiva porque no necesitas reconstruir algo que está mal, no es algo que está mal, no es una enfermedad. Es estética porque necesitas resultados viables para la vida de la persona, pero no está en ninguna de las dos porque, como te decía, si fuera una reconstructiva yo tengo que sacarle toda la mama y yo no le tengo que sacar toda la mama. Si yo manejo la órbita no estoy sacándolo porque tiene un tumor, que sería reconstructivo, lo estoy haciendo con un fin puramente esté-

radadora del Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas” (2014), documento avalado por el Ministerio de Salud de la República Argentina, afirma que la primera “reconstruye defectos congénitos, lesiones o heridas provocadas por traumatismos, postquirúrgicas, secundarias a patologías previas, tumorales, quemaduras y tiene como finalidad recuperar o restablecer función y apariencia alterada. De esta manera se busca la mejoría en la calidad de vida del paciente y su vida de relación familiar y/o social” (2014, p. 4). La segunda, por su parte, “modifica aspectos del contorno corporal relacionados a rasgos faciales, corporales o relacionados con el paso del tiempo. Tiene como finalidad mejorar la imagen corporal del paciente y obtener embellecimiento” (2014, p. 4).

tico pero para feminizar un rostro en una persona trans, que no es solo estética sino que es a su funcionalidad, no hay un término... (Cynthia, cirujana plástica)

En torno a este debate, cabe retomar el trabajo de Heyes y Latham (2018), quienes afirman que entender a las cirugías trans como cirugías estéticas, o bien como reparadoras implica formas muy diferentes de concebirlas en relación con el sufrimiento, la elección, la necesidad, las normas y el deseo. Los relatos de los/as entrevistados pueden ser caracterizados dentro de aquella postura que, siguiendo a Heyes y Latham (2018), entiende que las cirugías solicitadas por la población trans son procedimientos médicamente necesarios para el tratamiento de una condición diagnóstica específica y que son esenciales para su desarrollo vital. Para legitimarse socialmente y al interior del campo médico, esta postura ha requerido concebir a la cirugía estética como su opuesta. Desde esta postura, se entiende que las cirugías estéticas son electivas, son prescindibles en términos vitales, se originan en deseos vanidosos y tienen un impacto superficial en las vidas de las personas.

En los relatos de los/as entrevistados/as, las cirugías solicitadas por las personas trans eran consideradas como medidas imprescindibles para garantizar la sostenibilidad de sus vidas. Heyes y Latham (2018) se preguntan entonces si es posible legitimar las cirugías trans sin por ello ligarlas indefectiblemente al sufrimiento. Es decir, si se puede recurrir al deseo y al disfrute corporal como argumentos

suficientes para legitimarlas socialmente y garantizar su cobertura por parte de los sistemas de salud.

El papel de la salud mental

Otro de los debates que se presentaron entre los/as profesionales entrevistados/as refería al rol otorgado a la interconsulta o evaluación por parte de profesionales de salud mental con anterioridad a la realización de las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans. En el contexto argentino, antes de la Ley de Identidad de Género las autorizaciones judiciales constituían instancias obligatorias para acceder a las intervenciones quirúrgicas genitales. Si bien ello limitaba la libertad de acción de los/as profesionales de la salud, el proceso judicial también les otorgaba las “garantías” legales y profesionales necesarias para realizarlas, ya que las pericias psiquiátricas y psicológicas formaban parte de los procesos judiciales.

La Ley de Identidad de género argentina no protocolizó ni estandarizó las formas en las que los/as profesionales darían curso a las demandas de atención de los/as pacientes trans. Ello trasladó la responsabilidad y la potestad de decisión a cada profesional y a cada equipo. Por su carácter irreversible, pero sobre todo por desafiar una supuesta ley natural de los cuerpos y los géneros, estas intervenciones generaron temores y conflictos entre los/as profesionales de la salud. En algunos casos, estos conflictos eran dirimidos a través de interconsultas con profesionales de salud mental. Para

algunos/as entrevistados/as, todas las cirugías genitales requerían el aval de un/a profesional de salud mental:

R: Hay algo que yo no cambio. Lo fundamental es con la psicología, la psiquiatría, porque a veces me dicen “Yo no necesito por la Ley” yo les digo “¿Cómo hacemos para volver para atrás de una cirugía de estas? Imposible. Así que tenemos que estar seguros que vos estas bien para hacerte la cirugía. Si te *amputamos*, te hacemos mujer, ¿cómo volvemos para atrás? Imposible”

P: ¿Ahí ustedes derivan, a una psicóloga?

R: Sí, que mira todo. Por ahí está tratándose ya hace dos o tres años en otro lado, bueno si tenemos el certificado del otro psicólogo o psiquiatra de que está en condiciones...

P: ¿El certificado que va a decir?

R: Que está en condiciones de operarse (Ricardo, cirujano plástico)

Entender las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans como “amputaciones” y sostener el requerimiento obligatorio del aval de un/a profesional de la salud mental se contrapone con las demandas del activismo trans a nivel global y local. Desde la década de 1990 distintos/as activistas trans vienen haciendo profundas críticas a los términos y requisitos impuestos por el campo médico para acceder a las intervenciones médicas solicitadas por la población trans. Estas demandas quedaron plasmadas en la cam-

paña internacional *Stop Trans Pathologization 2012* (STP, 2012), iniciada en 2007 en la Ciudad de Barcelona. La campaña buscaba generar una dinámica social similar a la que en la década de 1970 logró la eliminación de la categoría de la homosexualidad de los manuales diagnósticos. La campaña rechazaba la patologización en dos niveles. En principio, frente a los Estados que imponían el requisito de la evaluación diagnóstica para modificar el nombre y sexo legal en los registros identificatorios y luego frente a las categorías patologizantes y los protocolos del campo médico que establecían un único modelo de transformación corporal (Coll Planas, 2010; Suess, 2011). En este marco, considerar la obligatoriedad de la interconsulta con profesionales de salud mental se contraponía a las demandas del activismo trans a nivel local y global, y representaba un importante obstáculo para el acceso a la salud por parte de la población trans.

En otros casos, la interconsulta se realizaba solo cuando el/la profesional identificaba algún indicador de un posible arrepentimiento futuro, caracterizado como “algo que no cierra” o “algo que hace ruido”. Es decir, cuando las características de las personas que se presentaban en los consultorios contradecían las expectativas de los/as profesionales. Estas características giraban en torno a la apariencia corporal leída en términos de masculinidad y feminidad y/o en la edad:

Nos ha pasado de tener pacientes pero que no los hemos operado porque, bueno, veíamos que había algo que no cerraba.

Un paciente que un día de golpe vino y dijo “quiero hacerme la cirugía” y venía vestido en masculino. Está bien que la vestimenta no tiene nada que ver, pero no nos demostró ni un mínimo de voluntad para feminizarse. Podemos discutir que no tiene nada que ver, que una mujer no hace al hecho de que tenga pelo largo o que tenga pollera. Está bien. Pero la mayoría de las mujeres que estamos acostumbrados a ver y evaluar desde el año noventa y siete, eran mujeres que venían... más agraciadas, menos agraciadas, más masculinas, menos masculinas, pero eran mujeres... de golpe viene un hombre y me dice “Me quiero operar y hacer una vagina”, “Bueno, ¿pero pensás cambiar?”, “No, no pienso cambiar”. Bueno, te hace un ruidito ¿viste? (...) Hay algunos casos que son para evaluar, no son la mayoría, hay personas que están muy convencidas desde muy temprano, se sienten desde muy temprano identificadas con lo que quieren, no es esa cosa de a los treinta y pico de años “quiero ser mujer”. Ese era un caso medio raro. Esos son los casos muy puntuales que por ahí hay que hacer foco, pero son casos muy puntuales. (Alberto, médico urólogo)

En los casos en los que no se solicitaba el aval de un/a profesional de salud mental como requisito obligatorio para el acceso a cirugías, esa decisión se sustentaba en las capacidades propias del/a profesional para identificar por su cuenta factores de riesgo o vulnerabilidad:

Yo ya tengo un conocimiento y entonces defino mucho más rápido (...) es como todos los pacientes, hay pacientes más demandantes, pacientes que son muy simples y en base a eso uno abre la puerta y ya sabe el tema cómo viene, la explicación que le tenés que dar (...) hay un montón de variables que uno va manejando, eso es manejo diario, no solo con pacientes trans. (Cynthia, cirujana plástica)

Esta entrevistada consideraba que el arrepentimiento constituía solo una de las múltiples posibilidades de evolución con las que los/as profesionales debían aprender a lidiar como parte de su quehacer profesional.

Continuidades y discontinuidades

En virtud del objetivo que orientó este trabajo, referido a identificar continuidades y discontinuidades en los debates desarrollados en el campo de los estudios feministas y los estudios de género y el campo médico en torno a las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans, a continuación expongo una serie de reflexiones.

Los/as profesionales entrevistados/as no consideraban que los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans constituyeran prácticas compulsivas orientadas a disciplinar los cuerpos. Por el contrario, asumían que el objetivo de los mismos era paliar el sufrimiento originado en la no correspondencia entre corporalidad

e identidad. Desde la perspectiva de los/as profesionales, su éxito requería de una escucha atenta de las necesidades y deseos de los/as pacientes. A diferencia de lo que sostenían muchos de los abordajes feministas acerca de las cirugías estéticas, para los/as entrevistados/as no se trataba de intervenciones estandarizadas, sino de prácticas que debían adaptarse a los deseos de cada paciente para ser exitosas.

Los/as profesionales afirmaban priorizar la necesidad subjetiva de cada paciente sobre los imperativos estéticos vigentes socialmente. Para estos/as profesionales, las intervenciones quirúrgicas solicitadas por la población trans respondían a una necesidad existencial profunda. En este punto también se distanciaban de las nociones sostenidas por las producciones feministas que las entendían como experiencias de disciplinamiento en el marco de un régimen regulatorio de los cuerpos propio de la modernidad. Vale destacar que ni los/as profesionales entrevistados/as ni las producciones feministas relevadas para este trabajo entendieron al uso de las tecnologías biomédicas disponibles como formas de experimentación corporal y placer, como sí lo hizo la propuesta *queer* de Paul B. Preciado (2008; 2009).

Otra continuidad a subrayar es que tanto en algunas producciones del campo de estudios feministas y de estudios de género como en el campo médico, las intervenciones quirúrgicas de carácter irreversible solicitadas por la población trans suscitaron temores y sospechas. En los debates feministas de la década del setenta –replicados luego en algunas expresiones del campo de estudios

feministas de la década del noventa que en la actualidad se reeditan de la mano del activismo TERF (*Trans-Exclusionary Radical Feminist*)—, una de las principales sospechas hacia las prácticas de construcción corporal trans señalaba el reforzamiento del binarismo. Por su parte, las sospechas que aun hoy persisten en el campo médico se centran en el posible riesgo de arrepentimiento.

Las coincidencias en la mirada de sospecha hacia los deseos de construcción corporal de las personas trans en uno y otro campo de saber se vinculan con el problema de la autenticidad, motivo por el cual pueden ser entendidas como formas cissexistas de concebir los deseos de construcción corporal de las personas trans (Serano, 2007). Todo ello permite destacar las continuidades que pueden atravesar dos campos a priori radicalmente distintos, como lo son el campo de estudios feministas y el campo clínico-quirúrgico. Esta continuidad redundante en una limitación de la autonomía de decisión de las personas trans sobre sus cuerpos y sus vidas, así como en una regresión en sus derechos conquistados.

Cabe señalar que también existen continuidades entre los/as discursos de algunos/as profesionales de salud y algunas producciones feministas que reivindican el acceso de las personas trans a las tecnologías biomédicas de construcción corporal como parte del ejercicio de autonomía de decisión sobre sus propios cuerpos. Ese sector de profesionales entiende al riesgo de arrepentimiento como una posibilidad más dentro de las múltiples consecuencias que las intervenciones quirúrgicas podrían tener en las vidas de las perso-

nas trans, tal como cualquier práctica o intervención quirúrgica realizada por una persona cisgénero.

Reflexiones finales

El presente trabajo se propuso poner en diálogo al campo de estudios feministas y estudios de género con el campo médico. El análisis realizado permitió identificar una serie de continuidades en las coordenadas que guían los debates presentes en dos campos a priori radicalmente distintos en sus prácticas, objetivos y quehaceres. En virtud de lo desarrollado, es posible afirmar que no es su inscripción en uno u otro campo lo que permite explicar la presencia de discursos de sospechas o temores culturales frente a las prácticas de construcción corporal desarrolladas por la población trans. En ambos campos hay posturas que sostienen la autonomía de decisión de las personas trans, así como hay posicionamientos que la limitan amparándose en el argumento del cuidado del cuerpo y la salud o bien en el de la emancipación.

Bibliografía

- BALSAMO, A. (1996). *Technologies of the Gendered Body*. Durham: Duke University Press.
- BENEDETTI, M. R. (2000). *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.

- BENTO, B. (2004). Da transexualidade oficial às transexualidades. En A. Piscitelli, M. F. Gregori y S. Carrara (Orgs.) *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras* (143-172). Rio de Janeiro: Garamond.
- BENTO, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Garamond: Rio de Janeiro: Garmond.
- BLUM, V. L. (2003). *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*. Berkeley: University of California Press.
- BORDO, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 14, 7-81. <http://www.redalyc.org/pdf/884/88412394003.pdf>
- BORNSTEIN, K. (1994). *Gender Outlaw*. Nueva York: Routledge.
- BUTLER, J. (2001). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.
- COLL-PLANAS, G. (2010). La policía del género. En M. Missé y G. Collplanas (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (55-67). Barcelona: Egales.
- DAVIS, K. (2003). *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London: Routledge.
- DI SEGNI, S. (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ELLIOTT A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9 (18), 145-164. <https://doi.org/10.22395/angr.v9n18a11>
- FARJI NEER, A. (2016). Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015) Tesis de doctorado no publicada. Argentina: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Doctorado en Ciencias Sociales.

- FEINBERG, L. (1992). *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*. New York: World View Forum.
- FERNÁNDEZ ROMERO, F. (2019). La productividad geográfica del cisexismo: diálogos entre los estudios trans y la geografía. En A, Farji Neer et al (Comps). *Las ciencias sociales en tiempos de ajuste. Artículos seleccionados de las IX Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto de Investigaciones Gino Germani* (pp. 267-285). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- FERNÁNDEZ, J. (2004). *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*, Buenos Aires: Edhasa.
- HAUSMAN, B. (1995). *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.
- HEYES, C.J. Y LATHAM, J. R. (2018) Trans Surgeries and Cosmetic Surgeries: The Politics of Analogy. *TSQ*, 5(2), 174-189. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348617>
- HOSPITAL NACIONAL “PROFESOR ALEJANDRO POSADAS” (2014). *Residencia de Cirugía Plástica Estética y Reparadora*. https://www.hospitalposadas.gov.ar/formacion/residencia/recursos/programas/Cirugia%20plastica_final%202014-2017.pdf
- KULICK, D. (1998). *Travesti. Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago: The University of Chicago press.
- LEITE, J. (2008). *Nossos corpos também mudam. Sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. Tesis de Doctorado no publicada, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Doutorado em ciências sociais, Brasil.

- MAFFÍA, D. Y CABRAL, M. (2003). Los sexos son o se hacen. En D. Maffía (Comp.) *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero* (pp. 86-97). Buenos Aires: Feminaria. http://dianamaffia.com.ar/archivos/sexualidades_migrantes.pdf
- MEYEROWITZ, J. J. (2002). *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.
- MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. (2017). *La Revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- MORGAN, P. (1991). Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies. *Hypatia*, 6 (3), 25-53. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1991.tb00254.x>
- MUÑIZ, E. (2012). La cirugía cosmética: Productora de mundos posibles. Una mirada a la realidad mexicana. *Revista Estudios*, 27, 119-132. <https://doi.org/10.31050/1852.1568.n27.3154>
- MUÑIZ, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado*, 29 (2), 415-432. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200006>
- PELÚCIO, L. (2009). *Abjeção e desejo. Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo do AIDS*. São Paulo: Annabluma/ Fapesp.
- PRECIADO, P. B. (2008). *Testo yonki*. Madrid: Espasa.
- PRECIADO, P. B. (2009). La invención del género, o el tecnocordero que devora los lobos. En AAVV: *Biopolítica* (15-42). Buenos Aires: Ediciones Ají de Pollo.
- RAYMOND, J. (1994). *The transsexual empire: the making of the she-male*. New York: Teachers College Press.

- RUSSO, J. (2013). A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidade, saúde e sociedade*, 14, 172-194. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200009>.
- SERANO, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press. <http://www.akntiendz.com/?p=6315>
- SILVA, H. (1993). *Travesti. A Invenção do Feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- SOLEY-BELTRÁN, P. (2003). ¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En D. Maffia (Comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero* (pp. 59-85). Buenos Aires: Ed. Feminaria. http://dianamaffia.com.ar/archivos/sexualidades_migrantes.pdf
- SPADE, D. (2006). Mutilating gender. En S. Stryker y S. Whittle (Eds) *The Transgender Studies Reader* (pp. 315-332). New York: Routledge.
- STONE, S. (1991). The Empire strikes back: A post transsexual manifesto (pp. 280-304). En J. Epstein y K. Straub (Eds) *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. London: Routledge.
- STRYKER, S. (1994). My Words to Victor Frankenstein Above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ*, 1 (3), 237-254. <https://doi.org/0.1215/10642684-1-3-237>
- SUESS, A. (2011). Despatologización trans y práctica arteterapéutica. *Revista Arte y políticas de identidad*, 4, 107-126.
- YOUNG, I. M. (1990). Breasted Experience. En *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory* (pp. 189-209). Bloomington: Indiana University Press.