

De las hormonas sexuadas al Viagra

*Ciencia, Medicina y Sexualidad
en Argentina y Brasil*

De las hormonas sexuales al Viagra

*Ciencia, Medicina y Sexualidad
en Argentina y Brasil*

Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu

Compiladoras



De las hormonas sexuales al viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil /

Agustina Cepeda... [et.al.] ; compilado por Agustina Cepeda y Cecilia

Rustoyburu. - 1a ed. - Mar del Plata: EUDEM, 2014.

304 p.; 22x15 cm. - (Temas de política y ciudadanía / Enrique Salvador

Andriotti Romanin; 2)

ISBN 978-987-1921-27-0

1. Sociología. 2. Sexualidad. I. Cepeda, Agustina II. Cepeda, Agustina, comp.

III. Rustoyburu, Cecilia, comp.

CDD 306.7

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 de Propiedad Intelectual.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio o método, sin autorización previa de los autores.

ISBN: 978-987-1921-27-0

Este libro fue evaluado por la Dra. Lucía Lionetti

Fecha de edición: Abril 2014

© 2014, EUDEM

Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata

EUDEM / Formosa 3485 / Mar del Plata / Argentina

© 2014 Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu

Arte y Diagramación: Luciano Alem

Imagen de tapa: *Tango el desnudo*, María de los Angeles Roldán

Impreso en:



ÍNDICE

Capítulo 1

Medicalizar los cuerpos, la salud y la sexualidad en América Latina. A modo de introducción

Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu

7

Primera parte

Género, ciencia y medicina: moléculas y hormonas sexuales

33

Capítulo 2

Dualismos de género en la era de los nuevos usos sociales de la tecnociencia y la biología molecular

Fabiola Rohden

35

Capítulo 3

Género, hormonas y cáncer de mama. Perspectivas comparadas en Norte y Sudamérica

Yolanda Eraso

75

Segunda parte

La medicalización de la reproducción y la sexualidad

111

Capítulo 4

Matrimonio eugenésico, sexualidad y doble moral sexual. Buenos Aires, 1930 – 1960

María Paula Lebner

113

Capítulo 5

De los médicos pioneros a la explosión del Viagra: medicalización y sexología en Argentina

Daniel Jones y Mónica Gogna

139

Capítulo 6	
Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina	
<i>Lucía Ariza</i>	173
Tercera parte. Saberes médicos y apropiaciones políticas	207
Capítulo 7	
La producción del dispositivo de transexualidad: historia y resistencias	
<i>Berenice Bento</i>	209
Capítulo 8	
Hacia una historia del parto en la Argentina: saberes, mercado y experiencias femeninas en la segunda mitad del siglo XX	
<i>Karina Felitti</i>	239
Capítulo 9	
Medicalización y aflicciones contemporáneas: regímenes de subjetivación y tecnologías de género	
<i>Sônia Weidner Maluf</i>	275
Sobre las Autoras	295

CAPITULO 1

Medicalizar los cuerpos, la sexualidad en América Latina. A modo de introducción

Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu

El proceso transnacional de medicalización de la sociedad adquirió, en los distintos escenarios socio-históricos y culturales, características particulares en la articulación de los saberes biomédicos, las políticas de Estado y el poder económico del mercado farmacológico. En el escenario de desigualdades regionales y sociales de Latinoamérica, la medicalización de los cuerpos y de la sociedad se imbricó con la construcción de los Estados Nacionales modernos. Desde fines del siglo XIX, los discursos científicos y médicos adquirieron legitimidad en los ámbitos de diseño de las políticas públicas (Quevedo Vélez et al 1993; Morgan 1993; González Leandri 1999; Duarte Nunes 2000; Carrillo 2002; Yépez Colmenares 2002; Álvarez, Molinari y Reinoso 2004; Belmartino 2005; Dantes (org) 2001; Armus 2005; entre otros).

En los mismos términos en los que lo explica Joseph Conrad (2007), dicho proceso de medicalización facilitó que los saberes y las prácticas médicas incorporaran, absorbieran y colonizaran esferas y problemas de la vida social que antes estaban reguladas por otras instituciones. Así, cuando los médicos consolidaron su autoridad, su modelo para explicar las enfermedades se extrapoló al funcionamiento de lo social. De esta manera, algunos temas no médicos fueron definidos y tratados como enfermedades. Eventos propios del devenir de la vida como el nacimiento, el envejecimiento y la menopausia fueron pensados como padecimientos, y algunos problemas como el alcoholismo o la obesidad se leyeron como síndromes o patologías. La importancia que adquirió el campo de la puericultura significó que la crianza y los comportamientos familiares se constituyeran en

áreas claves para la medicalización¹ y se configuraran discursos médicos que responsabilizaban a las madres de la salud y la supervivencia de sus hijos (Bock 1991; Knibieler 2001; Nari 2004; Billorou 2007; Rohden 2000).

La puericultura ocupó un lugar clave por el peso que adquirieron las iniciativas relacionadas con la eugenesia y el higienismo (Stepan 1991; Nari 2004; Reis 2000; Sapriza 2002; Di Liscia 2005; Castillo Troncoso 2006; Eraso 2007). De acuerdo a lo descrito por Nikolas Rose (2012), durante los siglos XVIII y XIX, la política vital fue una política de la salud. En esa época, las preocupaciones giraron en torno de las tasas de natalidad y mortalidad, del control de las enfermedades y las epidemias, de la vigilancia de las condiciones sanitarias y de la vitalidad de los habitantes. En la primera mitad del siglo XX, estos intereses se relacionaron con una concepción particular de la herencia y con los objetivos de gestionar la calidad de las poblaciones en nombre del futuro de la raza. Esto habría cambiado en las últimas décadas. Al respecto, Rose afirma que actualmente la política vital

no se encuentra delimitada por los polos de la salud y la enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Antes bien, se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas. Es, como sugiero, una política de la “vida en sí” (Rose, 2012: 25).

Esta transformación, según el mismo autor, habría implicado una reorganización de los poderes del Estado mediante la transferencia de responsabilidades a cuerpos regulatorios cuasi autónomos, a empresas privadas y a grupos de profesionales, y un mayor énfasis en la responsabilidad de los individuos a hacerse

¹ Una de las críticas que se han realizado al enfoque clásico de la medicalización es que abordó a la corporación médica en forma holística, sin ver que dentro del campo médico hubo instituciones y corporaciones, como las de los pediatras, que ocuparon lugares más preponderantes que otros (Ballard y Elston 2005).

cargo de su propia seguridad. Por eso, sostiene que en las democracias liberales avanzadas se habrían combinado tres procesos: mercadización, autonomización y responsabilización.

Las explicaciones de Rose han sido retomadas para explicar los avatares de la medicalización en los países centrales y sus categorías suelen resultar operativas para dar cuenta de las transformaciones en algunas áreas y regiones de Latinoamérica. Sin embargo, resulta necesario problematizar qué significados adquieren estas tendencias en una región en la que algunos países han emprendido un abandono de las políticas neoliberales y en los cuales el diseño de algunas herramientas de inclusión social han facilitado un pronunciado descenso de la mortalidad infantil y materna. Tampoco podríamos describir los procesos de autonomización y responsabilización sin obviar que más de quinientas mil mujeres latinoamericanas padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada atención durante el embarazo o de la invisibilización de ciertas enfermedades en los cuerpos leídos como femeninos,² al mismo tiempo que la principal causa de mortalidad materna está relacionada con las prácticas inseguras e ilegales que impone la penalización del aborto (Evoli 2005; Ramos 2004; Doria-Baltar Rocha 2000; López 2000). Estas desigualdades vinculadas al acceso de los servicios no son ajenas a las inequidades sociales. Sin embargo, entendemos que resulta necesario analizar estos procesos desde una matriz de género.

Es por esto que en este libro hemos emprendido el esfuerzo de aunar trabajos de investigadoras/es argentinas/os y brasileñas que parten de una perspectiva de género para explicar las transformaciones en los discursos y las prácticas científicos y médicos. Nuestro objetivo es presentar algunas líneas de análisis que han permitido cuestionar la constitución binaria de los sexos y los supuestos biológicos de ciertos estereotipos a partir de historizar y desnaturalizar la medicalización de la reproducción y la

² Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares suelen leerse como “masculinas” y las mujeres no acceden a controles periódicos. Esto ha permitido explicar el aumento en las tasas de mortalidad por estas causas.

sexualidad, y de hacer foco en los sujetos que se apropian de las políticas y resignifican su lugar tradicional como pacientes.

Cuando imaginamos esta compilación, percibimos que la diversidad temática de procesos que estaban bajo la etiqueta de la medicalización de las sociedades latinoamericanas respondía a un recorte temporal amplio. Por ello, optamos por periodizar este arco de transformaciones de la articulación entre ciencia–medicina–género y sexualidad desde el diseño de la diferencia sexual a partir de las lecturas binarias sobre el funcionamiento hormonal hasta los procesos más recientes de medicalización de la sexualidad en los cuales la farmacología, el discurso de la medicina y la sexología definen al placer y la “función” sexual a través de la posibilidad de erección del pene.

La vinculación de la historia de la sexualidad con la construcción de una *scientia sexualis* fue planteada por Michel Foucault en 1976. Su trabajo situó a la sexualidad en el centro del moderno sistema de gobernar la vida (biopoder) y sentó las bases para que luego se analizaran ciertos temas como la construcción de las ideas científicas sobre la diferencia sexual (Haraway 1991; Harding 1996; Jordanova 1989; Laqueur 1990; Moscucci 1996; Moore y Clarke 1995; Rohden 2003), la invención de la histeria femenina (Didi-Huberman 2004; Engel 1997; Groneman 1994; Russo 2004), el control sobre la masturbación (Laqueur 2007) o la corrección de los cuerpos leídos como hermafroditas (Fausto Sterling 2000; Butler 2004; Kessler 1998; Cabral 2009; Ben 2000; Lavigne 2010). La historia de la invención de las hormonas se inscribe dentro de estas problemáticas. Desde el campo de los estudios de género se ha alertado sobre la relación entre la interpretación científica de la química corporal y la construcción social de ciertas representaciones de género. Anne Fausto Sterling (2000), una bióloga identificada con el feminismo postestructuralista, intentó demostrar que las verdades sobre la sexualidad humana creadas por los biólogos forman parte de los debates políticos, sociales y morales sobre las culturas y las

economías.³ A partir de una historización de los experimentos realizados desde fines del siglo XIX, planteó que cada elección de los científicos sobre cómo evaluar y nombrar las moléculas que estudiaban naturalizaba las ideas culturales sobre el género. En este emprendimiento, las empresas farmacéuticas, los biólogos, los médicos y los sexólogos interactuaban con feministas, defensores de los derechos de los homosexuales, eugenistas, partidarios del control de la natalidad, psicólogos y fundaciones de beneficencia. Desde la perspectiva de Fausto Sterling, la hormonas esteroides podrían haberse interpretado como hormonas de crecimiento que afectaban a órganos de todo el cuerpo, pero sin embargo entre 1900 y 1940 se convirtieron en marcadores de la diferencia sexual porque fueron leídas en los términos de las luchas y disputas entre los sexos que afectaban las sociedades de los científicos que las estudiaron.

Unos años antes, Nelly Oudshoorn (1994), una especialista en estudios culturales de la ciencia, planteó que la construcción de la idea de que las mujeres están dominadas por sus hormonas y que muchas de sus afecciones pueden tratarse con medicamentos basados en estrógeno y progesterona no se debió a los prejuicios masculinos de los científicos. Hipotetizó que fue el escenario social de la producción de esos saberes el que determinó que la *mujer hormonal* se convirtiera en un supuesto universal. Entendió que esto sucedió por la relación particular que establecieron los científicos con las instituciones de encierro que los proveyeron de materiales, y con los laboratorios que encontraron rentabilidad en la producción de medicamentos derivados de órganos gonadales. Cuando los endocrinólogos visualizaron hormonas en la orina de las embarazadas, los ginecólogos pasaron a ocupar un lugar clave como proveedores de los científicos. A su vez, la producción de medicamentos a base de extractos de hormonas encontró en los consultorios de ginecología un espacio donde probar la efectividad de cada creación. Esto explicaría por qué el medicamento *Organon* fue

³ En esta perspectiva también se podría insertar el trabajo de Carol Worthman (1995), Mariane Van de Wijngaard (1997), Chandak Sengoopta (2006) y Fabíola Rohden (2008).

recomendado para decenas de afecciones femeninas y sólo para tres masculinas. La ausencia de una rama de la medicina especializada en los hombres impidió que la hormonoterapia fuera experimentada en ellos.

En los últimos años, el ensayo corporal de Beatriz Preciado (2008) se hizo eco de las prácticas políticas de la comunidad trans donde las hormonas constituyen herramientas para reinventar los cuerpos (Bento 2006). Preciado es una filósofa postestructuralista queer que se autoadministró testosterona a modo de ensayo de autoficción política. En el análisis de Preciado, el foco no está puesto en la construcción social de ciertas ideas sobre la química corporal sino en las transformaciones físicas y políticas experimentadas durante su intoxicación voluntaria. Retoma el concepto de *ficciones somáticas* de Judith Butler (2000) para plantear que las hormonas tendrían materialidad pero que su existencia dependería de la repetición performativa de procesos de construcción política. Entiende que la interpretación científica de las hormonas como secreción comunicante es producto de un escenario social dominado por la comunicación, el viaje, el intercambio, la conexión y la influencia. Plantea que la circulación de fluidos dentro del cuerpo habría sido interpretada como un modelo sexo-inalámbrico, por eso las glándulas serían leídas con la capacidad de actuar a distancia.

Nuestra periodización se inicia en el momento en que las hormonas fueron identificadas como sexuadas y finaliza en los tiempos recientes, cuando la medicalización de la sexualidad encuentra en los dispositivos farmacológicos de las llamadas “disfunciones sexuales” un campo de saber gobernado por la sexología clínica que desplazó a las psicoterapias como vías de tratamiento. El viagra como metáfora de esta línea de intervención sobre el cuerpo y el deseo sexual, cierra el sentido de esta compilación. La farmacologización de la sexualidad atada a las viejas nociones de función sexual del sexo, vinculan ya no solo la reproducción a la función de los órganos sexuales, sino que la obtención del placer queda supeditado a las lógicas del buen funcionamiento o rendimiento sexual. Estos nuevos dispositivos reubican en el escenario a interlocutores de la sexología y la

urología en un campo de saber que se transformó en el espacio de resolución de los “problemas de la sexuales”.

En este libro realizamos una selección de temas y abordajes. Quedaron fuera problemáticas centrales para pensar las relaciones entre medicalización y sexualidad, como el VIH y el aborto. Al momento de elegir qué temas quedaban dentro de la publicación pensamos que era interesante explorar algunas cuestiones novedosas, con el claro objetivo de contribuir al diálogo entre Argentina y Brasil sobre otras líneas de investigación. Las pesquisas sobre aborto y VIH son prolíferas y diversas, y si bien hay nuevos ejes de abordaje sobre ellas, en esta oportunidad preferimos pensar la medicalización a partir de nuevas áreas de trabajo menos exploradas.

A diferencia de lo sucedido en Brasil (Rohden 2008 y 2003; Faro y otros 2010), en Argentina la circulación de ideas sobre hormonas aún no ha sido historizada y solo hay trabajos sobre ámbitos específicos (Eraso 2007; Rustoyburu 2011). Los estudios brasileiros sobre los temas de ciencia, medicina, género y sexualidad, fueron pioneros en la región al momento de abordar estas problemáticas desde las teorías de género y feministas. Mientras que en Argentina estas tramas de relaciones se pensaron centralmente alrededor de los debates sobre la salud sexual y reproductiva (aborto, anticoncepción, embarazo, enfermedades de transmisión sexual), en Brasil los cruces interdisciplinarios y la relación entre agendas de investigación y movimientos sociales favorecieron la instalación de temáticas referidas tanto a la construcción histórica de la diferencia sexual como de las relaciones entre las identidades trans y los dispositivos médico-jurídicos. Esto permitió ampliar el margen de estudios sobre la medicalización de la sexualidad más allá del cuerpo materno.

A pesar de las particularidades de cada campo académico en relación al desarrollo de este tipo de investigaciones, tal como plantea Mario Pecheny (2012), existe una “manera latinoamericana” de pensar el vínculo entre sexualidad y derechos, y entre sexualidad y política. En este modo de pensar, la medicalización ocupa un terreno importante pero este autor destaca otras cuatro características definitorias. En primer lugar, resalta la impronta de los derechos humanos, que estaría vinculada

con las consecuencias del derrotero político y el pasado de los terrorismos de Estado en la región. Estos devenires, habrían establecido como idea que las cuestiones políticas son colectivas y que los problemas son sociales, y no solo asuntos de individuos aislados que se tienen que empoderar. En segundo lugar, destaca el particular entramado de las agendas académicas de investigación con los movimientos sociales y el Estado. En tercer lugar, señala el lugar que ocupan las universidades públicas como ámbitos abiertos, masivos y vinculados con los movimientos sociales y el Estado. Esto las posiciona en la construcción de la agenda de políticas de sexualidad, y los intelectuales no resultarían ser solo activistas de una ONG profesionalizada intentando incidir. Finalmente, acentúa que en Latinoamérica se produce teoría que no queda atada exclusivamente a la producción de conocimiento sobre nuestros contextos, sino que se construyen categorías propias para explicar, por ejemplo, las características de ciertos procesos transnacionales. Nos parece interesante rescatar estas reflexiones de Pecheny y, junto con las de él, las de toda la tradición de investigadores latinoamericanos que han pensado las políticas de sexualidad en la región señalando como peculiar y positiva esta manera de pensar los problemas de la sexualidad y la reproducción, no como resultado de prejuicios individuales, sino como cuestiones estructurales relacionadas con ciertos modos en los que se configuran el sentido común, la normatividad, el capitalismo (Pecheny 2012).

Los tráficos de influencias existen y ahora el reto sería pensar la trama de estas problemáticas imaginando a Latinoamérica como un espacio socio-cultural que adquiere dinámicas y formas propias en el marco de las configuraciones transnacionales. Esta compilación nació de intercambios académicos construidos en 2010 en las *X Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres - V Congreso Iberoamericano de Estudios de Género* realizadas en la Universidad Nacional de Luján y en el *Segundo Encuentro de Teoría y Praxis* llevado a cabo en la Universidad Nacional de Mar del Plata, y en 2011 en las *Primeras Jornadas Internacionales Sociedad, Estado y Universidad* también desarrolladas en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Aunque ya existen en Argentina y Brasil sendos trabajos de investigación conjunta sobre

temas específicos vinculados a estos temas, desde estos espacios de encuentro es que comenzamos a imaginar la necesidad de contribuir en el tramado de puentes entre las producciones de los/las investigadoras/es de ambos países.

Este libro está organizado en tres apartados, cada uno de los cuales representa diferentes problemas en relación a los procesos de medicalización de la sociedad: a) Género, ciencia y medicina: moléculas y hormonas sexuadas; b) La medicalización de la reproducción y la sexualidad; c) Saberes médicos y apropiaciones políticas.

Género, ciencia y medicina: moléculas y hormonas sexuadas

Desde el pionero trabajo de Thomas Laqueur –que dio cuenta del carácter histórico de la diferencia sexual–, de las teorías propuestas por Judith Butler –que vislumbraron que el género antecede al sexo– y del análisis de Anne Fausto Sterling – que reafirmó la idea de que los saberes científicos sobre el sexo son inseparables de los debates políticos y del clima ideológico en el cual se crearon–, los estudios de género han estado atravesados por los debates en torno de los límites del binarismo sexual y de los supuestos biológicos en los cuales se asientan. Estos planteamientos han permitido cuestionar no solo el carácter patológico de quienes no se adecuan a la norma heterosexual, también han problematizado los argumentos que validaban los estereotipos de género que determinaban cuáles eran las actitudes y las capacidades naturales atribuibles a los hombres y las mujeres. Desde esta perspectiva, se han deconstruido los discursos de la ginecología, de la puericultura, de la biología, de la medicina, y más recientemente de las neurociencias y de la genética. El proceso de molecularización que define el “estilo de pensamiento” de la biomedicina actual,⁴ ha sido acompañado por una problematización desde los estudios feministas.

⁴ Este concepto ha sido planteado por Ludwik Fleck. Rose lo retoma y afirma que la biomedicina actual imagina la vida en el nivel molecular, “...como un conjunto de mecanismos vitales inteligibles en los que participan entidades moleculares

La primera parte de este libro reúne trabajos que ilustran la potencialidad de estos abordajes. Fabíola Rohden presenta una de sus investigaciones recientes en torno de los estudios sobre el cerebro en donde explica cómo las mutaciones relacionadas con la biomedicalización y la molecularización no han supuesto un quiebre en la producción de diferencias binarias de género. Esta antropóloga brasileña, desde sus primeras aproximaciones a la historia de la ginecología como “ciencia de la diferencia sexual” (Rohden 2006, 2003), ha dado cuenta de cómo las representaciones de género contribuyen con la reproducción de la desigualdad de la mujer. Su artículo no sólo significa un aporte para esta temática, también presenta un abordaje teórico-metodológico muy interesante para analizar la relación entre los discursos científicos y los de divulgación. En este sentido, cuestiona esta última definición y prefiere retomar los conceptos “círculo esotérico” y “círculo exotérico” de Ludwik Fleck para interpretar la interacción entre ambos en términos de coproducción.

El segundo trabajo de esta sección es de de la historiadora argentina, residente en Inglaterra, Yolanda Eraso. Su pesquisa se inscribe en la línea de estudios sobre los estereotipos de género presentes en las investigaciones sobre hormonas (Oudshoorn 1994; Fausto-Sterling 2006). Realiza un aporte sustancial a este campo al indagar sobre las prácticas clínicas. En su trabajo analiza los tratamientos ginecológicos para curar los cánceres de mama basados en testosterona, implementados en los años de 1930 y 1940 en Argentina y en Estados Unidos. A partir de la valoración de las culturas médicas locales, discute las interpretaciones de Anne Fausto-Sterling (2006) que presuponía que en los consultorios no se administraban hormonas entendidas como masculinas a las mujeres, ni hormonas leídas como femeninas a los hombres. En su estudio, indaga sobre los tratamientos implementados en el Instituto Experimental para el Tratamiento y el Estudio del Cáncer por el médico Domingo Brachetto-Brian en

que es posible identificar, aislar, movilizar, recombinar, mediante nuevas prácticas de intervención que ya no se encuentren restringidas por la normatividad aparente de un orden vital natural.” (Rose 2010: 29).

los que la virilización de sus pacientes era minimizada frente a la constatación de la remisión de los tumores.

La medicalización de la reproducción y la sexualidad

La medicalización de la maternidad y de la sexualidad ha sido uno de los tópicos más abordados por las ciencias sociales (Lewis 1980; Meckel 1990; Rollet-Echalier 1990; Klaus 1993; Marks 1996; Rodríguez Ocaña 1999; Apple 2002; Morel y Morel 2000; Pieper Mooney 2009; Irvine 2005; Giami 2009; Laqueur 2007; Russo y Rohden 2011; Tiefer 1996; Weeks 1985; Ariès, Béjin, M. Foucault y otros 1987; Felliti Karina 2000; Ben 2000; Bento 2006). En relación a esto, Verena Stolcke (2010) ha planteado que los movimientos feministas, con sus denuncias sobre el carácter androcéntrico de las políticas malthusianas de control de la población y sus demandas por el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, han contribuido para que se incorporara la perspectiva de género en la antropología. Los análisis sobre la historia de la maternidad han sido llevados a cabo, en muchas oportunidades, por investigadoras feministas. Esto no ha sido ajeno a las transformaciones experimentadas por las demandas de los colectivos de mujeres. En este sentido, la estrategia de maternalismo político implementada durante las primeras décadas del siglo XX fue cuestionada por las mujeres que en los años de 1960 interpelaron la relación de la femineidad con la maternidad y reivindicaron el placer sexual y la capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos. Las investigaciones que analizaron el proceso de maternalización de las mujeres en clave crítica se han nutrido de estas consignas.

En la segunda parte de este libro se presentan tres perspectivas sociológicas de estudios sobre la medicalización de la reproducción y la sexualidad en Argentina. El trabajo de Paula Lehner adopta un enfoque sociohistórico en el que convergen la sociología de la familia, la perspectiva de género y los estudios sobre eugenesia, para indagar en las memorias de las ancianas de sectores medios en torno de la doble moral sexual y las políticas de población. Su capítulo realiza un aporte interesante al dar

cuenta de una tensión entre los objetivos de dichas políticas y los significados que les atribuyeron sus entrevistadas.

En el siguiente capítulo, Daniel Jones y Mónica Gogna combinan las hipótesis de Michel Foucault, Michel Bozon y Peter Conrad para reconstruir las transformaciones acontecidas por la farmacologización que impuso la incorporación del Viagra a los tratamientos sexológicos. A partir de entrevistas a profesionales, visibilizan los conflictos en el interior de la sexología argentina surgidos a partir del predominio de un enfoque centrado en la resolución de “problemas” y de la legitimación de los médicos en desmedro de los psicólogos. Su análisis propone una interpretación muy sugerente al relacionar esta situación con las resistencias que ha encontrado la perspectiva de género en dicha disciplina y con la tendencia a reproducir patrones heteronormativos.

En el tercer trabajo de esta parte, Lucía Ariza incorpora los aportes teórico-metodológicos de los estudios sobre ciencia y tecnología para dar cuenta de cómo, en los tratamientos de reproducción asistida, los regímenes de parentesco son producidos materialmente a través del uso de dispositivos socio-técnicos. Su artículo profundiza en la práctica de coordinación entre la apariencia fenotípica de los donantes de gametos con la de los futuros padres, conocida como *matching fenotípico*. Su trabajo resulta muy valioso por la complejidad teórica que imprime a su análisis a partir de la combinación de los conceptos de Bruno Latour, Annemarie Mol y John Law, y porque explora las particularidades que adquiere esta práctica en la sociedad argentina, un escenario aún poco explorado. La problemática que estudia echa luz sobre el peso relativo de las variables étnicas y de clase en las intencionalidades de quienes construyen el *matching fenotípico*. En este sentido, aborda las complejas relaciones que se tienden entre los profesionales y quienes requieren los tratamientos en el marco de un proceso en el que el parentesco debe ser interpretado como un dominio performatizado a través de prácticas clínicas y en el que su progresiva constitución supone la acción de agentes no humanos.

Saberes médicos y apropiaciones políticas

La incorporación de la perspectiva de los sujetos entendidos como enfermos ha sido uno de los más recientes retos de la nueva historia de la medicina. Las aproximaciones socioculturales que han pretendido abordar "... las metáforas asociadas a una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización, los avatares de la medicalización, las instituciones y prácticas de asistencia, disciplinamiento y control médico-social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones materiales de vida y de trabajo y sus efectos en la mortalidad y la morbilidad" (Armus 2007: 18) han ampliado el campo de estudios y permitido la incorporación de metodologías múltiples que habilitaron el uso de fuentes orales y testimonios personales. La emergencia de estos abordajes ha estado relacionada con un cuestionamiento a los estudios que, en clave foucaultiana, solían entender a los pacientes como sujetos pasivos. La visibilización de las resistencias, de los conflictos y de los usos que los pacientes y los mismos profesionales hacen de los dispositivos médicos permitió la construcción de una mirada más compleja del proceso de medicalización. Además, se ha problematizado la preexistencia de la enfermedad a los discursos sobre ellas. Se ha planteado que las enfermedades no existen en cuanto tales en relación a un virus o a una bacteria. Se convierten en tales sólo cuando "...se ha llegado a un acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas" (Armus 2007: 19).⁵ En este sentido, Diego Armus sostiene que "...el enfermo no es otra cosa que una creación de la mirada profesional, un sujeto que existe solo como parte del sistema médico y, lo más importante, un sujeto fundamentalmente pasivo" (Armus, 2001: 55). Por eso, propone dar cuenta de que en "los intersticios de las estructuras de poder y autoridad que marcan a la relación entre médicos y pacientes se despliega una compleja trama, saturada de situaciones de duplicidad y complicidad, de hegemonía y subversión, de control y

⁵ Esta hipótesis ha sido planteada Charles Rosenberg (1992).

resistencia” (Armus, 2001: 79). Estas sugerentes posibilidades analíticas se pueden vislumbrar en la tercera parte de este libro, donde se nuclea tres investigaciones en las que sus autoras dan voz a quienes han sido vistos, por los dispositivos, como sujetos receptores de la medicalización. La socióloga brasileña Berenice Bento, en el trabajo presentado en este volumen, estudia las experiencias de las personas trans que participaron del Proyecto Transexualismo del Hospital de Clínicas de UFG-Goiânia (Brasil). A partir de una serie de entrevistas reconstruye la capilaridad del dispositivo de transexualidad en los deseos y las aspiraciones de quienes intentan obtener el permiso para realizarse una cirugía de transgenitalización. El trabajo de Bento resulta interesante porque permite identificar cómo algunos discursos biomédicos son reapropiados por sus entrevistados para otorgarle inteligibilidad a las narraciones de sus vivencias. Sin embargo, su análisis no solo visibiliza la reproducción de los dispositivos. Sobre el final, incorpora una descripción de las demandas más importantes de la lucha internacional por la despatologización de las identidades trans y discute los argumentos del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Disturbios Mentales (DSM) y de las Normas de Tratamiento de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) retomados por quienes resisten estas iniciativas.

En el siguiente capítulo, la historiadora Karina Felitti presenta un estudio sobre la recepción de las iniciativas creadas en Estados Unidos y en Francia conocidas como “parto sin dolor”, “parto sin violencia”a o “parto psicoprofiláctico”, en Argentina en la segunda mitad del siglo XX. Este trabajo de Felitti, se inscribe en otros estudios de la autora en los que ha realizado un aporte interesante para los estudios sobre la historia de la medicalización de la maternidad porque da cuenta de las tensiones políticas que atravesaron este proceso. A partir de entrevistas a obstetras, psicólogas, médicos y mujeres que parieron a sus hijos en esa época, reconstruye las distintas modalidades que adoptó su implementación en relación con los escenarios políticos y los procesos de cambio sociocultural con los que interactuaron. Su abordaje no solo plantea problemáticas referidas, por ejemplo, a los significados que adquirieron las prédicas por un parto sin

violencia en el escenario de la dictadura militar, también da cuenta de las ambivalencias que mostraron las militantes feministas y del protagonismo que adquirirían las mujeres en los momentos del parto.

Los trastornos de depresión, fibromialgia y dolores sin causas somáticas constituyen el sesenta por ciento de las visitas a los consultorios clínicos en Argentina, y entre ellas el ochenta por ciento son realizadas por mujeres. Esto está relacionado con la prevalencia de prácticas de atención del “malestar de las mujeres”. En este país, el ochenta y cinco por ciento de los psicofármacos son consumidos por mujeres (Rodríguez 1990; Burin 1990; Meler y Tajer 2000). Las situaciones de desigualdad de género no solo no es visibilizada, también es medicalizada y psiquiatrizada. El último capítulo de este libro, analiza esta problemática en el escenario brasileño. La antropóloga Sonia Weidner Maluf aborda los discursos y las prácticas médicas del campo de la salud mental como regímenes de subjetivación y modos de reproducción del género y la diferencia sexual. A partir de una exploración etnográfica en el estado de Santa Catarina, analiza el paso de las definiciones de los malestares de las mujeres como enfermedades de los nervios hacia un enfoque que los lee como depresión y los medicamentaliza con psicofármacos. Su trabajo constituye un aporte a los estudios sobre los procesos de salud y enfermedad desde la perspectiva de género en cuanto focaliza en una problemática que no siempre está presente en las agendas de demandas de las organizaciones de mujeres, que suelen alertar sobre temáticas referidas a la salud reproductiva.

Este libro no hubiera sido posible sin el apoyo del Grupo de Estudios Sobre Familias, Género y Subjetividades de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el Centro de Estudios Históricos y Sociales (CEHIS). Trabajamos bajo la dirección de Norberto Álvarez desde el año 2000. Desde este espacio de formación, discusión y trabajo es que nos hemos realizado como docentes e investigadoras. Queremos agradecer a los compañeros y compañeras de trabajo y a nuestra Editorial Universitaria de Mar del Plata, EUDEM, por confiar en el proyecto.

También queremos agradecer a los Directores de la Colección, por la paciencia y el apoyo a una publicación que

De las hormonas sexuales al viagra

piensa la política y los cuerpos desde otras dimensiones epistémicas y analíticas.

Bibliografía

- Aller, Atucha; Luis, María y Pailles, Jorge (1996). *La práctica del aborto en Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema*. Buenos Aires: Editorial Marketing Social.
- Álvarez, Adriana; Molinari, Irene y Reynoso Daniel (eds.) (2004). *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Anatilde, Idoyaga Molina (1999). *Sexualidad, reproducción y aborto: Nociones y prácticas de mujeres indígenas y campesinas de la Argentina*. CAEA-CONICET.
- Ariès, Philippe; Béjin, André; Foucault, Michel y otros (1987). *Sexualidades occidentales*. México: Paidós.
- Armus, Diego (2001). “Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina 1900-1940”. *Estudios Sociales*. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, N°20.
- Armus, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Armus, Diego (comp.) (2005). *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar.
- Aztaray, Nora; Cacopardo, Alicia y González, Patricia (1992). *El aborto clandestino en las mujeres pobres*. Buenos Aires. Publicación de la Comisión por el derecho al aborto.
- Balan, Jorge y Ramos Silvina (1989). “La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares” en *Documento CEDES*, Buenos Aires, N° 29.
- Belmartino, Susana (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ben, Pablo (2000). “Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina” en Gil Lozano, Fernanda; Pita, Valeria e Ini, María Gabriela (dir.). *Historia de las mujeres en Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Bento, Berenice (2006). *A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Billorou, María José (2007). *La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires, 1930-1945*. Tesis de Maestría en Estudios Sociales y Culturales. Universidad Nacional de La Pampa. Inédita
- Bock, Gisela (1991). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los Estados de Bienestar europeos*. Valencia: Ediciones Cátedra-Universidad de Valencia.
- Bozon, Michel (2004). *Sociologia da sexualidade*. Río de Janeiro: FGV.
- Brown, Josefina (2006). “Entre el silencio y el escándalo. El aborto como asunto de debate político en la Argentina” presentada en el *Seminario de Fazendo Género 8*. Universidad Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Burin, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2000). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2004). *Desbacer el género*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, Mauro (ed.) (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarrés.
- Cáceres, Carlos et ál. (2011). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina*. Lima, IESSDH, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Carrillo, Ana María (2002). “Economía, Política y Salud Pública en el México Porfiriano, 1876-1910” en *História, Ciências Saúde, Manguinhos*. Vol. 9.
- Castillo Troncoso, Alberto (2005). “Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México, 1876-1911” en Agostoni, Claudia y Speckman Guerra, Elisa (Edit.). *De normas y transgresiones: enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*. México: Instituto de Investigaciones Históricas/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Checa, Susana y Rosenberg, Martha (1996). *Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires: El Cielo por Asalto.
- Corrales, Javier y Pecheny, Mario (edit.) (2010). *The Politics of Sexuality in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

- Dantes, Maria Amélia (org.) (2001). *Espaços da ciência no Brasil, 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Daverio, Andrea (2005). *Entre la retórica y la práctica: La salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Buenos Aires (1987-2004)*. Tesis de Maestría Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University Master of Arts in Development Management and Policy.
- Di Liscia, María Silvia (2005). “Colonias y escuelas de niños débiles: los instrumentos higiénicos para la eugenie. Argentina, 1910-1945” en Di Liscia, María Silvia y Ernesto Bohoslavsky (Edit.). *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940: una revisión*. Buenos Aires: Prometeo.
- Didi-Huberman, Georges (2004). *Invention of Hysteria. Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*. Cambridge: MIT Press.
- Doria Bilace, Eizabete y Baltar Da Rocha, María Isabel (org.) (2000). *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*. Sao Paulo. PROLAP, ABEP NEPO/UNICAMP: Editora 34.
- Duarte Nunes, Everardo (2000). “Sobre a História da Saúde Pública: Idéias e Autores” en *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol. 2, N°2.
- Engel, Magali (1997). “Psiquiatria e feminilidade” en Del Priore, Mary y C. Bassanezi (Ed.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Eraso, Yolanda (2007). “Género y eugenesia. Hacia una taxonomía médico-social de las mujeres en la década de 1930.” en Gil Lozano, Fernanda; Pita, Valeria; y Bravo, María Celia (Comp.) *Historias de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX*. Tucumán: Edunt.
- Eraso, Yolanda (2007). “Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentinian Women during the 1930s” en *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 81, N°4, 793-822.

- Erviti, Joaquina (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Cuernavaca. México*. UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Faro, Livy y otros (2010). “Homem com ‘H’: a saúde do homem nos discursos de marketing da indústria farmacêutica” en *Seminário Internacional Fazendo Género 9*. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Fausto Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Madrid: Melusina.
- Felitti, Karina (2000). “El placer de elegir. Anticoncepción y liberalización sexual en la década del sesenta” en Gil Lozano, Fernanda; Pita, Valeria e Ini, María Gabriela (dir.). *Historia de las mujeres en Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Foucault, Michael (1976) [2005]. *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michael (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Giami, Alain (2009). “Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade” en *Physis*. Vol. 19, N° 3, 637–658.
- Gogna, Mónica (2005). *Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2001)*. Buenos Aires: CEDES y CLAM.
- González Leandri, Ricardo (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires: 1852-1886*. Madrid: CSIC.
- Groneman, Carol (1994). “Nymphomania: the historical construction of female sexuality” en *Signs*, Vol.19, N° 2.
- Guillaume, Agnès y Lerner, Susana (2006). *El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. París: CEPED-INED-IRD. Cd room.
- Haraway, Donna (1991). *Ciencia, cyborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding, Jennifer (1996). “Sex and Control: The Hormonal Body” en *Body and Society*. Vol. 2, N°1.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

- Hunt, Mala (2003). *Sex and the State. Abortion, Divorce and the Family Under Latin American Dictatorships and Democracias*. Cambridge.
- Irvine, Janice (2005). *Disorders of desire: sexuality and gender in modern American sexology*. Filadelfia: Temple University Press.
- Kessler, Suzanne (1998). *Lessons from the Intersexed*. London: Routgers University Press.
- Knibieler, Yvonne (2001). *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laqueur, Thomas (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid. Cátedra
- Laqueur, Thomas (2007). *Sexo solitario. Una historia cultural de la masturbación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laumann, Edward y Gagnon, John (1995). “A Sociological Perspective on Sexual Action” en Parker, Richarf; Gagnon, John (eds.). *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Nueva York: Routledge, 183-213.
- Lavigne, Luciana (2010). “Dualismos que duelen. Una mirada antropológica sobre los cuerpos intersex” en Citro, Silvia. *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- Lie, Merete (2002). “Science as father? Sex and gender in the age of reproductive technologies” en *European Journal of Women's Studies*. Vol. 9, N° 4.
- Llovet, Juan José (1988). “La práctica del aborto en mujeres de sectores populares” en *Documento CEDES*. Buenos Aires, N°4.
- López, Elsa (1997). *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*. Buenos Aires. Oficina de Publicaciones del CBC.
- López, Elsa (2000). “Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires” en Pantelides, Edith y Bott, Sara (comp.). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos y Organización Mundial de la Salud, 17-35.
- Meckel, Richard (1990). *Save the babies. American public health reform and the prevention of infant mortality 1850-1929*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Meler, Irene y Débora Tajer (comp.) (2000). *Psicoanálisis y Género. Debates desde el Foro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Moore, Lisa y Clarke, Adele (1995). "Clitoral conventions and transgressions: graphic representations in anatomy texts, c1900-1991" en *Feminist Studies*. Vol. 21, N°2.
- Morgan, Lynn. (1993). *Community participation in public health: The politics of primary care in Costa Rica*. Cambridge Londres: Cambridge University Press.
- Oudshoorn, Nelly (1994). *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*. London and New York. Routledge
- Pecheny, Mario y De La Dehesa, Rafael (2011). "Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión" en *Sexualidade e política na America Latina: histórias, interseções e paradoxos*, Río de Janeiro, pp. 31–79.
- Pecheny, Mario y de Dehesa, Rafael (2012). "Sexualidades, Política e Estado na América Latina: elementos críticos a partir de um debate Sul-Sul" en *Polis e Psique*. Porto alegre: Editorial UFRGS, Vol. 1, 26-38.
- Quevedo Vélez, Emilio et ál. (1993). "Ciencias Médicas, Estado y Salud en Colombia" en *Historia social de la ciencia en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Ramos, Silvia (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES y Ministerio de Salud.
- Reis, José (2000). "De pequenino é que se torce o pepino?: a infância nos programas Franco eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental." en *História Ciências Saúde – Manguinhos*. Vol.7, N° 1.
- Rodríguez, Regina (ed.) (1990). *El Malestar silenciado, la otra salud mental*. Madrid. Isis Internacional: Ediciones de las Mujeres N° 14.
- Rohden, Fabiola (2003). "A construção da diferença sexual na medicina" en *Caderno Saúde Pública*, vol.19, Suppl.2.
- Rohden, Fabíola (2006). "Gênero nas ciências da saúde: aproximações do campo e distâncias da teoria" en *Anais do VII Seminário Fazendo Género*. Florianópolis: UFSC.
- Rosenberg, Charles y Golden, Jeanne (eds.) (1992). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press.

- Russo, Jane y Rohden, Fabíola (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Río de Janeiro: CLAM-IMS.
- Rustoyburu, Cecilia (2011). “Niñ@s y sexualidad. Un análisis histórico de los discursos sobre hormonas en Argentina en los años de 1930.” En Cosse, Isabela; Carla Villalta, Llobet, Valeria y Zapiola, Carolina (comp.). *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Teseo.
- Saetnan, Ann; Oudshoorn, Nelly y Kirejczyk, Marta (eds) (2000). *Bodies of Technology. Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.
- Sapriza, Gabriela (2002). “La despenalización del aborto a la luz de la eugenesia uruguaya (1934-1938)” en *Revista Fragmentos de Cultura*, Vol. 12, N°65.
- Sengoopta, Chandak (2006). *The Most Secret Quintessence of Life, Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*. Chicago: Chicago University Press.
- Stepan, Nancy Leys (1991). *The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.
- Stolcke, Verena (2010). “Prólogo” en Mari Luz, Esteban ; Comelles, Josep y Díez Mintegui, Carmen (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Tiefer, Leonore (1996). “The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues” en *Annual Review of Sex Research*. 7: 252–282.
- Van de Wijngaard, Marianne (1997). *Reinventing the sexes: The biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington: Indiana University Press.
- Weeks, Jeffrey (1985). *Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexualities*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Weeks, Jeffrey (1998). *Sexualidad*. México DF: Paidós y PUEG-UNAM.
- Yépez Colmenares, Germán (2002). “Modernización, Medicina, Enfermedades y Salud Pública en la Ciudad de Caracas, 1870-1877”. *História, Ciências Saúde, Manguinhos*. Vol. 9.

PRIMERA PARTE

**Género, ciencia y medicina:
moléculas y hormonas sexuales**

CAPÍTULO 2

Dualismos de género en la era de los nuevos usos sociales de la tecnociencia y la biología molecular

Fabiola Rohden

Introducción

Estudiando los usos sociales de la medicina y de las ciencias biomédicas en distintos momentos desde mediados del siglo XIX, se perciben ciertos procesos de ruptura y de continuidad. El objetivo de este trabajo es exactamente explorar comparativamente algunos de esos procesos teniendo en cuenta los marcadores relativos al género y la sexualidad. Por usos sociales, se entenderá cómo los discursos científicos y biomédicos focalizados en el género y la sexualidad son utilizados como explicativos y prescriptivos de los comportamientos para hombres y mujeres. Más allá de la argumentación científica propiamente dicha, producida en el ámbito más restringido de producción y diálogo entre científicos y publicaciones especializadas, lo que interesa aquí son las mediaciones realizadas con fines de alcanzar un público más amplio. Esas mediaciones ocurren tanto a través de la transmisión de informaciones en los periódicos especializados en divulgación científica, diarios y revistas de gran circulación, como así también por medio de la creación de líneas editoriales destinadas a publicar las obras de expertos que pasan a ser destinadas a la comunicación con un público amplio. El carácter prescriptivo y normativo de muchos de esos trabajos permite que pueda rotulárselos como de “autoayuda científica”. En verdad, son ejemplos que dejan evidencia del impacto de la unión entre ciencia y tecnología (o de la tecnociencia) en las complejas cadenas de asociación movilizadas en el proceso de extensión de su importancia en el mundo contemporáneo (Latour 1994; 2000). Principalmente, tiene resonancia la conformación de

una determinada concepción de la distinción entre naturaleza y cultura, y de creación de diferencias de género que serían biológicamente determinadas.

Antes de proseguir en el análisis, cabe resaltar que la perspectiva que se adoptará parte de la noción de *coproducción*, o sea, de la percepción de que la producción del conocimiento y sus variados usos están inextricablemente relacionados con las visiones de mundo y las pretensiones políticas de la sociedad en la cual se insertan. En lo que se refiere a la dicotomía naturaleza/cultura, central para el emprendimiento científico moderno, debe ser entendida como un ejemplo de esa conexión entre producción de saber y política. De acuerdo con Sheila Jasanoff (2004), los modos a través de los cuales tomamos conocimiento del mundo y creamos sus representaciones están profundamente asociados a nuestras opciones éticas o a las maneras por las cuales escogemos vivir en ese mundo. El conocimiento científico y la tecnología son productos sociales y establecen prácticas, identidades, normas, convenciones, discursos, instrumentos e instituciones. La noción de coproducción funcionaría como un idioma por medio del cual se podrían interpretar los fenómenos contemporáneos, rompiendo con la ideología realista que separa los dominios de la naturaleza de los de la cultura y de la subjetividad.

Un nuevo orden biomédico y molecular

Un debate fundamental para comprender los agenciamientos que retoman esa producción normativa en términos de género, apoyada en argumentos biomédicos, se refiere a las transformaciones más generales asociadas no solo a la tecnociencia, sino especialmente a lo que se denomina como “medicalización de la sociedad”.

Uno de los pilares de esa transformación, ocurrida a partir del inicio del siglo XIX, concierne al paso del foco anteriormente dado al individuo enfermo, hacia una nueva definición de las enfermedades como entidades ontológicamente reales y específicas. En la medida en que esas enfermedades, así

concebidas, se tornan entidades sociales con las cuales se interactúa cada vez más cotidianamente, no es de extrañarse la importancia que adquiere la dimensión del diagnóstico y su capacidad para incitar fuertes tensiones políticas. Es posible percibir esto cuando vemos diferentes grupos de actores sociales, desde médicos a órganos de gobierno y activistas, en largas disputas sobre la adecuación de un diagnóstico determinado. Más allá de esto, no se puede dejar de mencionar que la operacionalización del diagnóstico se torna una pieza fundamental en el establecimiento de todo un proceso de cuidado terapéutico, desde la organización de los sistemas de salud o el uso de los medicamentos a la correspondiente burocracia asociada a esos eventos (Rosenberg 2002).

Más allá de esa creciente importancia del diagnóstico y del complejo sistema a él asociado, el proceso de medicalización también puede ser analizado a partir de la importancia que adquiere la definición de los fenómenos sociales en términos médicos. Ese es uno de los argumentos desarrollados por Peter Conrad (1992; 2007). De acuerdo con este autor, la medicalización es un proceso a través del cual problemas anteriormente definidos como no-médicos pasan a ser concebidos y tratados como problemas médicos y caracterizados como enfermedades o trastornos. Ese fenómeno abarcaría cada vez más comportamientos tenidos como desviados y también procesos vitales o condiciones de vida, como el nacimiento, el envejecimiento, la muerte, la sexualidad, etcétera. Sin embargo, una importante advertencia realizada por el autor se refiere al hecho de que no siempre los médicos son los agentes centrales o los dotados de mayor poder en ese juego de intereses. Muchas veces los propios pacientes, inclusive, participan activamente cuando buscan la medicalización institucionalizada de una determinada condición, confiriendo un carácter aún más complejo a ese proceso sociocultural.

Esa discusión adquiere refinamiento a partir de la obra de Adele Clarke y sus colegas (2009) en torno del concepto de biomedicalización. Según esas autoras, en un trabajo que se centra en una vasta investigación acerca del panorama norteamericano, se pueden reconocer tres fases fundamentales en las

transformaciones en el área médica y de atención a la salud: la primera corresponde al período que va de 1890 a 1945 y está marcada por el desarrollo de la medicina alopática, la profesionalización y la especialización de la medicina y las profesiones afines; la segunda se refiere al período entre 1945 y 1985 y se caracteriza por el aumento de la jurisdicción, de la autoridad y de la aplicación de la medicina en la vida de las personas; y la tercera se inicia en 1985 y puede ser descripta como la gran transformación de la biomedicina por medio de innovaciones tecnocientíficas. Esta última fase es definida como “biomedicalización de la sociedad”. Se trata de un proceso complejo, multi-situado y multidireccional en el cual la medicalización es redefinida en función de las innovaciones acontecidas con la biomedicina tecnocientífica. El énfasis dado por el prefijo “bio” corresponde precisamente a las transformaciones de elementos humanos y no humanos que solo se tornan posibles gracias a las innovaciones tecnocientíficas. Como ejemplo son citadas la biología molecular, las biotecnologías, la genomización, la medicina de los trasplantes y las nuevas tecnologías médicas (Clarke et ál. 2009).

El aspecto clínico continúa siendo central, especialmente en virtud de los impactos de las innovaciones tecnocientíficas en las nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento derivadas de los avances en la ingeniería biogenética, las tecnologías computacionales, el desarrollo de nuevas drogas y procedimientos de visualización. Todo eso generó grandes consecuencias en términos políticos y económicos, como el crecimiento vertiginoso del sector salud en Estados Unidos. Además, más allá de eso, propició la conformación de una nueva cultura o “régimen de verdad”, centrada en la responsabilización individual. La preocupación sobre la salud pasó a ser un atributo moral del individuo, que precisa estar informado respecto de los nuevos conocimientos, de las prácticas de cuidado de sí, de la prevención y tratamiento de las enfermedades, y dispuesto a consumir los recursos ahora disponibles (Clarke et al 2009).

Esta línea de discusión es seguida también por Nikolas Rose (2007; 2011) que cuestiona el papel de las ciencias de la vida en la producción de las verdades y las subjetividades

contemporáneas. Su argumentación en torno de los conceptos de *molecularización*, *optimización*, *subjetivación*, *expertise* y *bioeconomía* es valiosa para entender la dinámica de las transformaciones que envuelven la noción de cuerpo saludable centrada en el autogerenciamiento individual. Por *molecularización*, Rose entiende el pasaje entre una concepción de biomedicina que se centraba en el cuerpo hacia una que se especializa en el nivel molecular. El autor se apropia de la noción elaborada por Ludwik Fleck (2010) para sugerir que la molecularización es un nuevo “estilo de pensamiento” predominante. En términos foucaultianos, el panorama en el cual los elementos moleculares de la vida pasaron a ser movilizados, controlados y combinados en procesos anteriormente inexistentes, podría ser descrito por medio de una biopolítica molecular.

La *optimización* es presentada como un uso de las tecnologías médicas contemporáneas no solo para curar patologías sino también para controlar los procesos vitales del cuerpo y de la mente. Esas tecnologías de optimización están asociadas a la idea de actualización como algo direccionado al futuro y a la posibilidad de creación de individuos consumidores de esos nuevos deseos y posibilidades de control de la vida. El concepto de *subjetivación* sirve para describir el proceso por el cual el sujeto es llevado a creer que la promoción de la salud es una cuestión personal, de autogerenciamiento y responsabilidad. Esto estaría asociado con la conversión de la propia salud como un valor ético importante en la sociedad occidental, desde la segunda mitad del siglo XX, y más contemporáneamente, la formación de una nueva ética. Se trata de una “ethopolítica”, o sea, de un intento de moldear la conducta de los seres humanos por medio de acciones sobre los sentimientos, las creencias y los valores direccionados a cómo deberían juzgar y actuar sobre sí mismos y sus cuerpos con miras al futuro (Rose 2007).

La *expertise* se torna importante en función de que las prácticas de biopoder emergentes están relacionadas a nuevas formas de autoridad. Los actuales “*expertos* de su propia vida” se destacan no solo en función de la cura de enfermedades sino también de su capacidad de mejorar las artes de autogobierno. No solo los médicos, también otros profesionales de la salud

conformarían ese campo de “expertos somáticos”, capaces de orientar a los individuos en la búsqueda del mejoramiento o la optimización de sus potencialidades. Ese escenario permite a Rose describir un nuevo espacio, aún no mapeado: la bioeconomía o la economía de la propia vida. Se trata de una serie de procesos y relaciones, que envuelven aspectos conceptuales, comerciales, éticos, espaciales, asociados a las economías de la vida. La novedad está configurada por la descomposición de una serie de objetos distintos, que pueden ser estabilizados, congelados, almacenados, acumulados, cambiados, negociados y que, de esa forma, rompen con la antigua distinción entre lo que es humano y no humano (Rose 2007).

La propuesta de Rose (2007; 2011) acerca de la creación de una nueva política de la propia vida conduce a la constatación de una serie de novedades en términos de apropiaciones relativas a la percepción sobre el cuerpo y los procesos vitales, más allá de los condicionantes relacionados con la salud y la enfermedad. Abre camino también para la consolidación de otros abordajes que investigan el peso de las biotecnologías en el gerenciamiento de la salud y el fenómeno de progresiva responsabilización individual. Son aspectos que caracterizan un cuadro de significativas transformaciones, aunque, como afirma Rose, es preciso considerar que haya también ciertas continuidades.

En el apartado que sigue, propongo explorar cómo, en lo que se refiere al campo de la autoayuda científica centrada en las diferencias de género, estas transformaciones son acompañadas por ciertas permanencias muy significativas. Las producciones editoriales recientes dedicadas, supuestamente, a la difusión de conocimiento científico en torno de la diferencia “entre los sexos”, se basan en una división radical, moldeada en la naturaleza, y “observada” a través de “evidencias” científicas. Al parecer, los nuevos descubrimientos son reencuadrados siempre en el sentido de proporcionar datos que tornarían evidente ese enraizamiento biológico, incluso a nivel molecular, como diría Rose (2007).

Una antigua historia

Los mecanismos de anclaje de las diferencias en la biología, inscrita en los marcos de una naturaleza inmutable y englobante, pueden ser vistos en acción en otros momentos claves de constitución del saber moderno sobre la diferencia entre los sexos. El primero de ellos es el pasaje, ocurrido al final del siglo XVIII e inicios del XIX, hacia un modelo de dimorfismo sexual, como bien demostró Thomas Laqueur (2001). De acuerdo con este autor, la noción de diferencia sexual o la propia idea de dos sexos biológicos distintos es una concepción que puede ser históricamente contextualizada. Hasta esa época, predominaba un modelo, heredado de los griegos, que admitía la existencia de un solo sexo biológico, y en cuanto al género admitiría por lo menos dos posibilidades. En este caso, hombre y mujer no eran definidos por una diferencia intrínseca en términos de naturaleza, de biología, de dos cuerpos distintos, sino solo en cuanto a grados de perfección. Los órganos reproductivos eran vistos como iguales en esencia y su percepción era moldeada por el patrón masculino. De ese modo, hombres y mujeres por ejemplo serían igualmente dotados de penes y testículos. Aunque, en la mujer esos órganos no habrían sido externalizados. Lo importante de todo esto es que habría, entonces, un solo cuerpo, para el cual se atribuían distintas marcas sociales o inscripciones culturales. Ese modelo habría prevalecido hasta el Renacimiento, cuando entran en curso una serie de factores que van a propiciar el pasaje hacia un modelo de dos sexos, basado en una biología de la inconmensurabilidad.

Analizando la producción médica en el Brasil del siglo XIX, se observa claramente la promoción de una justificación biológica para los papeles sociales diferenciados ejercidos por hombres y mujeres a partir de una organización corporal diferenciada. La naturaleza ya habría definido y cualificado a los hombres y a las mujeres para el desempeño de funciones específicas. Varios trabajos demuestran la pretensión y la injerencia política que el discurso médico podía tener y también ilustran cómo primó la justificación anatómica de la jerarquía de género en boga. Argumentaban que, además de aparentemente no tener capacidad mental para el mundo público, la mujer tampoco

tenía capacidad física. Sus tareas debían estar restringidas a los cuidados de la casa y la familia, en la seguridad del hogar, en función de razones anatómicas y fisiológicas (Rohden 2001).

En esa dirección sugiero que la medicina y, en particular, las especialidades dedicadas a la mujer y a la reproducción, se convirtieron en el devenir del siglo XIX en una verdadera “ciencia de la diferencia”. El argumento central, que atraviesa buena parte de los trabajos de la época y también justifica las intervenciones concretas, se refiere a una distinción natural, de carácter biológico y pre-determinada entre los sexos. Hombres y mujeres serían naturalmente distintos en sus características físicas y también en las morales y psicológicas. Además de eso, la cualidades atribuidas a cada uno y a sus funciones sociales son descriptas con el mismo grado de determinismo que sus funciones fisiológicas (Rohden 2001).

En torno al 1900 aumenta el énfasis en la diferencia a partir de órganos específicos, principalmente de los ovarios en contraste con los testículos, y de las secreciones producidas por esos órganos. En el caso de la mujer, esto adquiere un carácter central en función de que sería gobernada por los ciclos relacionados a la reproducción, desde la pubertad, el embarazo y el amamantamiento hasta la menopausia. Prácticamente todo comportamiento femenino podía ser explicado en función de sus ciclos naturales, inclusive lo que era percibido como desorden. En los comienzos del siglo XX, el ovario se convirtió en el órgano que condensaba la feminidad y la capacidad de la mujer para la función reproductiva. De ahora en adelante, la apreciación de la salud de la mujer y de su propia identidad tenía como referencia a sus ovarios. Y las sustancias producidas por este órgano pasaron a determinar una diferencia en relación al hombre y las secreciones de los testículos. Se puede decir que entró en curso una nueva precisión con respecto a la diferencia, sostenida por las especialidades que se desarrollarían en el contexto de los descubrimientos endocrinológicos (Rohden 2008).¹

¹ Sobre la historia de las hormonas sexuales desde una perspectiva crítica, ver Oudshoorn (1994), Sinding (2003), Gaudillière (2003), Löwy (2003) y Rohden (2008).

Si hasta por lo menos el final del siglo XIX era evidente la búsqueda de un órgano que explicase y fundamentase la diferencia, ya en las primeras décadas del siglo XX, el desafío era entender cómo las sustancias producidas por las gónadas operaban en el proceso de diferenciación. Si antes el ovario podía ser visto como centro condensador de la femineidad, así como el testículo de la masculinidad, ahora se trataba de descubrir el mecanismo de producción de la femineidad y de la masculinidad. El paradigma bioquímico de causa y efecto determinaba lo que se debía buscar y hasta dónde las explicaciones debían llegar. En ese contexto de búsqueda de las causas últimas de los fenómenos y de marcada relación entre género y sexo físico-corporal, sustanciado en órganos y ahora en secreciones internas, se “descubren” las llamadas hormonas sexuales.

Desde el inicio del siglo ya se hablaba de sustancias químicas producidas por determinados órganos capaces de afectar a otros por medio de la corriente sanguínea. Hasta la década de 1920 predominó la idea de que las hormonas producidas por los ovarios y por los testículos serían específicas, exclusivas de cada sexo y dotadas de un papel único en la determinación sexual. La presencia de hormonas femeninas solo sería posible en las mujeres y determinaría sus características sexuales así como las hormonas masculinas serían exclusivas de los hombres y determinarían sus características masculinas. Sin embargo, a partir de la década de 1920 las experiencias realizadas con animales demostraron la presencia de los dos tipos de hormonas en machos y hembras (Oudshoorn 1994).

Aunque se registraron claras “evidencias” científicas, no hubo una transformación inmediata en el campo. Los nuevos hallazgos fueron recibidos con mucha resistencia e incomodidad, y recién una década después fue posible aceptar una nueva relación entre las hormonas y el sexo. En la década de 1930, aún se describían con espanto las experiencias en las cuales se hallaba la presencia de hormonas “femeninas” en machos y, notablemente, con menos importancia, se describía la presencia de hormonas “masculinas” en hembras. Gradualmente se pasó a demostrar una diferencia cuantitativa en la presencia de hormonas típicas de machos y hembras. A pesar de que los científicos tenían

identificada la no exclusividad en el origen y la función de las hormonas, en la clínica los ginecólogos continuaron promoviendo un modelo dualista. Y lo que prevalece hasta hoy es una noción común que, si bien no reafirma la existencia de hormonas específicas, postula una relación íntima entre determinados tipos de hormonas y determinados tipos de cuerpos. Según Oudshoorn (1994), el dualismo de género, predominante desde la época Victoriana, continuó direccionando la producción de los descubrimientos científicos de inicios del siglo XX.

Una nueva versión

En el escenario contemporáneo, ese proceso de producción de verdades por medio de reafirmaciones de dualismos insuperables, sufre re-actualizaciones, con enfoques cada vez más precisos y perspectivas a veces más deterministas. Sugiero que eso ocurre especialmente en el terreno de creación de vehículos de comunicación impresa o en la publicación de libros e informes que ponen en escena al cerebro y que insisten en la delimitación de supuestas diferencias entre hombres y mujeres (Rohden 2010).² Me gustaría recorrer aquí tres formas de circulación de este tipo de información basada en argumentos científicos que, siguiendo la propuesta sugerida aquí, están ciertamente vinculadas a la coproducción de una determinada visión del mundo.

El primer caso se refiere a la revista *Veja*, el periódico semanal de mayor circulación en Brasil, cuyo número de lectores está estimado en más de diez millones. En el relevamiento realizado en esta revista, entre los años 1990 y 2009, encontré una serie de reportajes que reproducen diversas teorías destinadas a

² Sobre las neurociencias y la creación del llamado “sujeto cerebral”, ver Vidal (2005), Ehrenberg (2009), Ortega (2008), Ortega y Zorzaneli (2010). En lo que se refiere al análisis del cerebro y sus conexiones con el sexo y el poder, vale citar el trabajo de Catherine Vidal & Dorothé Benoit-Browaëys (2005). Para un análisis de las publicaciones biomédicas contemporáneas, ver Marina Nucci (2010).

explicar las diferencias radicales entre hombres y mujeres basadas en distinciones biológicas, especialmente a nivel molecular. Las diferencias neurológicas y hormonales son citadas en forma más frecuente, con el fin de introducir a las explicaciones en ese nivel de concreción y sustancialización.

Algunos ejemplos de los temas de las notas permiten tener una idea de la perspectiva adoptada: “Frisión cerebral: la belleza femenina causa, sí, reacciones primitivas en los hombres” (05/12/2001), “El sexo oprimido” (01/01/2003), “El cerebro investigado: el cerebro de ellos y de ellas” (04/08/2004), “Diferentes, pero unidos. ¿Por qué en ellas el QI alto dificulta el casamiento y en los hombres ayuda?” (02/03/ 2005), “La atracción está en el olor: un estudio explica cómo los sexos se atraen y refuerza la tesis del origen biológico del homosexualismo” (18/05/2005), “Ellos van a hacer lo imposible: un estudio divulgado en Inglaterra muestra que el QI de los hombres es, en promedio, cinco puntos más alto que el de las mujeres” (31/08/ 2005), “Al fin la ciencia entendió a la mujer. Una revolución cambia (casi) todo en la forma en la que la medicina trata al cuerpo femenino” (07/03/2007), “La diferencia se ve en el cerebro: descubrieron que los homosexuales son más parecidos a las personas del sexo opuesto” (25/06/ 2008).

Un ejemplo más específico puede ser dado recurriendo el tema de tapa de la revista *Veja* publicada el 2 de marzo de 2005. En la tapa, vemos un dibujo de un niño y una niña, de unos tres años de edad, buscando las “diferencias” escondidas debajo de sus ropas íntimas. La niña, con una cinta en su cabello rubio, asume una postura más tímida, en cambio su compañero explicita una actitud más curiosa. El titular proclama: “El hombre y la mujer: ahora las otras diferencias”. En lo que sigue se anuncian los principales descubrimientos: “QI alto – ellos temen de ellas y ellas los buscan a ellos–; Longevidad –el corazón de ellas envejece menos– ; Sexo – porque ellos se excitan en situaciones en las que ellas no encuentran la menor gracia–.” Habría que tener en cuenta además que en esta tapa hay un solo título más: “Células-madre: la batalla decisiva”, este número se torna especialmente interesante desde el punto de vista de la repercusión de las cuestiones científicas.

En el interior de la revista, el tema que se destaca se titula “Diferentes, pero unidos” con el subtítulo “¿Por qué en ellas el QI alto dificulta el casamiento y en los hombres ayuda? La mitad de la explicación es biológica y la otra mitad es social. Así también ocurre con la mayoría de las diferencias entre el hombre y la mujer que la ciencia comienza a develar” (*Véjase* 02 de marzo de 2005). A pesar de esa advertencia de que la mitad de las diferencias serían sociales, los argumentos expuestos evidencian que las presentan como biológicas. Un texto, firmado por la periodista Daniela Pinheiro, comienza diciendo que:

Como seres hechos de la misma argamasa, mujeres y hombres deberían ser más parecidos de lo que son. Algunos llegan a ver diferencias planetarias entre los dos sexos, aislándolos entre Marte y Venus. En todos los tiempos el abismo que separa a los dos sexos se fue superando por el misterio de atracción entre los opuestos. La novedad común en las más recientes investigaciones es que existen, sí, grandes diferencias biológicas, celulares, de estructura corporal y de conformación química del cerebro... (Pinheiro 2005: 85).

Las mujeres serían profundamente diferentes de los hombres porque a lo largo de la evolución de la especie humana habrían hecho “escuelas” que permitirían el desarrollo de otras habilidades mentales y corporales. Como ejemplo de nuevos avances científicos, es citada una investigación realizada en Reino Unido:

Los científicos de cuatro universidades (Aberdeen, Edimburgo y Glasgow, en Escocia, y Bristol) investigaron durante treinta años lo que parecía ser apenas una observación inconsecuente del sentido común: los hombres temen a las mujeres muy inteligentes y prefieren casarse con las de intelecto inferior al de ellos. Los investigadores acompañaron la vida de 900 hombres y mujeres en el transcurso de tres décadas. Cuando los voluntarios tenían 11 años de edad, se sometieron

a un examen de QI. A los 40, fueron invitados a hablar sobre su vida amorosa. ¿Qué descubrieron? Que la mayoría de las mujeres con QI alto fueron las personas que mostraron mayores dificultades para casarse y mantenerse casadas. La misma investigación reveló que poseer QI elevado tuvo para los hombres el efecto opuesto. Cuanto más inteligente, más facilidad tuvo el hombre para casarse y mantener un casamiento estable (Pinheiro 2005: 86).

Se trata de un tipo de información que no solo reproduce los hallazgos de la investigación en cuestión, sino que también se ocupa de advertir y prescribir que las mujeres muy inteligentes y “bien casadas” son una excepción. Esto se torna especialmente evidente por medio de la utilización de los recuadros con fotos y testimonios de mujeres exitosas.

La idea de que la “diferencia entre los sexos” interesa profundamente a la ciencia es corroborada por las decenas de artículos que fueron publicados en el año anterior en las “tres revistas científicas más reconocidas del planeta (*Science*, *The Lancet* y *Nature*)”. En esos trabajos, el asunto fue tratado así:

en el ámbito de la memoria, del habla, del uso del lenguaje, de la organización espacial, de la capacidad para resolver cuentas, de la infidelidad y hasta del estímulo sexual. El cerebro, los genes y las hormonas forman el triunvirato de la caja negra del cuerpo humano y, sobre todo, del origen de la diferencia entre los sexos (Pinheiro 2005: 89-90).

El texto además afirma que el “debate sobre la diferencia entre los sexos es polémico y casi siempre puede ser políticamente incorrecto” (Pinheiro 2005: 89). Esto estaría relacionado con lo que había acontecido, en el inicio de aquel año, con el discurso de Larry Summers, rector de la Universidad de Harvard, en el que planteaba, supuestamente, que debería combatirse la discriminación de las mujeres en la carrera académica. El economista, para justificar el bajo desempeño femenino en el área de las ciencias exactas, afirmó que en el caso específico de la

ciencia y de la ingeniería, existirían cuestiones de aptitud innata, reforzadas por factores menos importantes como la socialización y la discriminación. El evento fue tratado como tema de tapa, donde se lo presentaba dentro de un *box* especial titulado “Sexo, ciencia y disputa” (Pinheiro 2005:91).

Además, el reportaje contaba con otros cuadros que destacaban aspectos considerados relevantes y sobre todo operaba por medio de simplificaciones e ilustraciones. Este es el caso del *box* “No es tan obvio” que procura demostrar, a través de la reproducción de datos estadísticos y ejemplos individuales, que “las diferencias biológicas y corporales entre hombres y mujeres van mucho más allá de las que todo el mundo conoce” (Pinheiro 2005: 86-87). Presenta también un cuestionario “¿Cerebro femenino o masculino?” inspirado en el trabajo del investigador inglés Simon Baron-Cohen, que sostiene que el cerebro puede tener características más masculinas, como la capacidad de sistematización o clasificación, o más femeninas, como la empatía. A continuación se reproducen los gráficos producidos por tecnologías de imagen cerebral que evidenciarían las diferentes zonas accionadas por los estímulos sexuales. El cuadro se titula “Él solo piensa en aquello” y no hay ninguna explicación sobre cómo este tipo de imágenes y las comparaciones son producidas. Al final hay un esquema denominado “En qué es mejor cada uno”, con dos columnas en azul y rosa mostrando las distintas habilidades de hombres y mujeres en test de percepción, memoria, coordinación motora y matemática (Pinheiro 2005: 90).

El segundo caso a ser presentado aquí se refiere a la revista *Viver-Mente e Cérebro*. Se trata de una publicación de gran circulación que, según los editores, se focalizan en la divulgación científica³. Es un buen objeto de análisis porque contiene muchos

³ De acuerdo con la página de internet de la revista, *Viver-Mente e Cérebro* es una publicación mensual que “presenta los más recientes descubrimientos de investigaciones de punta en las diversas ramas de las neurociencias, de la psicología, del psicoanálisis y de la psiquiatría. Sus reportajes y artículos son avalados por científicos, escritores, y periodistas de varios países y abordan en profundidad temas como inteligencia, consciencia, emociones, motivación, cognición, percepción, personalidad y creatividad” (información disponible en www.multiverso.com.br consultado el 27/04/09). La revista reproduce

artículos escritos por investigadores dirigidos al gran público⁴. Como ejemplo de ello, hago referencia a los artículos que componen la edición de marzo de 2005 (número 146) cuyo título es “Diferencias entre los sexos: mucho más allá de los factores culturales, la diversidad entre hombres y mujeres es innata”⁵.

Los artículos tratan el “hecho” de que habría una “pequeña diferencia esencial” entre hombres y mujeres en función de sus tipos de cerebro diferentes. La censura de lo políticamente correcto hace que reafirmen la idea de que es apenas una pequeña diferencia, pero que al mismo tiempo es calificada como innata y esencial. Además de esto, se tiene cuidado de intentar valorar las cualidades que serían específicas de cada sexo. Después de las advertencias, se van oponiendo una serie de características como una mayor facilidad para la localización espacial de los hombres y una mayor capacidad comunicativa por parte de las mujeres, o una mayor capacidad de sistematización para los primeros y empatía para las segundas.⁶ Esto se basaría en estudios recientes que estarían consiguiendo probar que las diferencias no serían consecuencia de la socialización, sino que tendrían un origen biológico.

En el artículo “Cuestión de simetría”, somos informados de que, hace mucho tiempo los cognitivistas suponían que los

contenido internacional cedido por *Gehirn & Geist*, con la autorización de la *Scientific American* y es editada por Ediouro, Segmento Duetto Editorial.

⁴ Vale agregar que la revista publicó también una Edición Especial (número 10, sin datos) titulada “La tregua de los sexos: bases neuronales, cognitivas y hormonales determinan divergencias entre hombres y mujeres”, además este tema aparece constantemente en su tabla de materias. En 2008 fue lanzada una serie especial de cuatro volúmenes titulada “Sexos” cuyo objetivo era “lanzar múltiples miradas para la sexualidad humana en sus aspectos neurobiológico, evolutivo, subjetivo, antropológico y sociocultural” (información disponible en www.locaweb.com.br/clubeduetto consultado el 27/04/09).

⁵ Para un análisis más detallado de este periódico desde una perspectiva comparada con las producciones médicas del siglo XIX en torno del cerebro de hombres y mujeres, consultar Rohden (2010).

⁶ En el caso del cerebro femenino como agente de empatía y de lo masculino como agente de sistematización, la referencia constantemente citada es el libro *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres* (2004) de Simon Baron-Cohen, también citado en la revista *Veja*.

hombres y las mujeres pensaban de modo diferente, pero hoy disponen de datos biológicos para confirmar esto. El autor, Markus Hausmann (doctor en psicología vinculado al Instituto de Neurociencia Cognitiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Ruhr, en Bochum, Alemania), afirma que más importante que considerar que la corteza cerebral femenina posee cerca de 3,5 billones de neuronas menos que la masculina (una diferencia de 16%), es analizar las diferencias en regiones cerebrales específicas. Como ejemplo, cita que los núcleos neuronales presentan una gran diferencia de tamaño en los hipotálamos masculino y femenino, región que participa del control del sistema hormonal e influye en el comportamiento sexual y la reproducción. Agrega que la asimetría funcional (relación entre la función exigida y el hemisferio cerebral utilizado) es más pronunciada en los hombres que en las mujeres. En cuanto ellas recurren a regiones cerebrales de ambos hemisferios en las tareas lingüísticas o relacionadas con la orientación espacial, los hombres tenderían a restringir su actividad neurológica a uno de los lados. Hausmann (2005), en ese punto, recurre a la duda sobre lo que sería mejor, pero evidentemente acaba privilegiando los defensores de la asimetría:

Es difícil definir cuál principio de organización es mejor –la simetría o la asimetría. Un cerebro asimétrico es capaz de procesar informaciones con rapidez en regiones contiguas, sin precisar enviarlas para el otro lado. Cuanto menores las distancias entre las regiones cerebrales en el interior de una asociación neuronal, tanto más rápidamente ellas procesarán las informaciones –una clara ventaja de la asimetría (Hausmann 2005: 43).

El mérito de la organización cerebral simétrica estaría reducido a una menor propensión a sufrir alteraciones en el caso de una lesión en un único hemisferio. Aunque es preciso llamar la atención de que no se trata de una cualidad constitutiva. En verdad, cuando entra en juego lo que importa, o lo que es constitutivo, se hace referencia al papel de las hormonas. El autor, a pesar de advertir que los dos sexos disponen de hormonas

“masculinas” y “femeninas”, afirma que la diferencia biológica entre hombre y mujer se basaría en la economía hormonal desde antes del nacimiento.

El tema de la influencia de las hormonas es especialmente tratado en el artículo de Ulrich Kraft (médico y colaborador de la revista *Gehirn&Geist*) dedicado a la influencia del estrógeno en las más diversas capacidades cognitivas de hombres y mujeres. El autor presenta la cuestión de la siguiente forma:

...el estrógeno influye en diversas esferas cognitivas, como el aprendizaje, la memoria y el comportamiento. Después de todo, independientemente de los estereotipos y clichés, no hay cómo ignorar la “pequeña diferencia” entre los sexos en lo relativo a la prevalencia de ciertos talentos específicos en hombres y mujeres. Las hormonas sexuales dan ahí su contribución, y además existe una comprobación científica bastante convincente: en las mujeres, determinadas capacidades cognitivas se alteran de acuerdo con el nivel de hormonas (Kraft 2005: 47-48).

Este descubrimiento es ejemplificado con un test de rotación mental (por ejemplo, girar mentalmente una figura geométrica), usado para evaluar la capacidad de visualización espacial, realizado por el bio-psicólogo alemán Onor Güntürkün con mujeres en diferentes fases del ciclo menstrual. Durante la menstruación, cuando las hormonas sexuales se encuentran en niveles más bajos, las mujeres salieron tan bien como los hombres del grupo de control. Pero cuando los niveles de estrógeno suben, al final del ciclo, el desempeño de ellas “cae sensiblemente”. Sin embargo, en el test realizado paralelamente, para encontrar palabras apropiadas, la performance fue mejor. Como conclusión, el autor afirma que:

Los resultados comprobaban que las habilidades espacio-visuales de las mujeres no son, en esencia, inferiores a las de los hombres: lo que ocurre con ellas es, más bien, una oscilación más fuerte del

nivel de estrógeno en el cerebro, cambiando el énfasis de un talento para otro (Kraft 2005:48).

Más allá de esa oscilación periódica que caracterizaría la capacidad cognitiva de las mujeres, se acrecentaría una deficiencia más acentuada a partir de la menopausia. En este caso, se hace referencia al trabajo de Bruce McEwn (neuroendocrinólogo de la Universidad Rockefeller), investigador que defiende una especie de “terapia de reposición hormonal para el cerebro, del cual se beneficiarían sobre todo las mujeres de más edad” (Kraft 2005:50).

Se nota allí una frecuente asociación entre la “descripción” de las diferencias “observadas” en el cerebro y vinculadas a las hormonas, y la conformación de un tono prescriptivo en relación a los comportamientos de hombres y mujeres. Eso se torna más evidente en el artículo de Hartwig Hanser, titulado “Diferentes desde el nacimiento”. Son varias páginas dedicadas a demostrar que sociólogos, pedagogos y psicólogos estarían errados en explicar las diferencias por medio de la socialización. Desde el final de los años sesenta, según el autor, las investigaciones vienen comprobando que las diferencias comportamentales ligadas al sexo ya se manifestarían desde el nacimiento. Hanser relata que:

A los seis meses de edad ya se hace evidente que imponer la propia voluntad es más importante para ellos que para las niñas; y son ellos quienes más frecuentemente toman los juguetes de otros niños. Con un año, Ana y sus amigas gustan jugar con ositos de peluche y muñecas, en cambio Félix y sus amigos prefieren autitos y otras máquinas – cualquier cosa que haga algún movimiento. Ellos también se interesan más por cosas prohibidas, tienen mayor tendencia a desobedecer las reglas y a hacer cosas arriesgadas y, a partir de los tres años, gustan de luchar (Hanser 2005: 32-33).

De acuerdo con el autor, esas diferencias estarían en el centro de las discusiones sobre la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y han sido, erróneamente, analizadas a través

de la influencia del medio social. Con el auxilio de referencias a padrones evolutivos, Hanser afirma que la noción “disposición natural” tiene un peso mayor del que ha sido considerado. Y si ciertos comportamientos son más fáciles para los hombres y ciertos objetivos son más gratificantes para las mujeres, actuar contra esas “inclinaciones naturales” representaría “un gran esfuerzo y pérdida de energía”. Además de esto, “al final, podríamos no sentirnos tan contentos en cuanto a lo esperado, pues nuestro mecanismo de gratificación interna no corresponde tan bien con la situación creada” (Hanser 2005: 39).

Este tipo de reflexión se conecta, sin mayores explicaciones o limitaciones, con recomendaciones relacionadas al padrón de educación que debería ser adoptado para un mejor desarrollo de las capacidades individuales. Un tema central es el modelo de escuela a adoptar, siendo que el autor prefiere la separación entre niños y niñas, y condena las escuelas mixtas. El otro punto destacado concierne al tipo de habilidades a incentivar. Después de sistematizar los datos de las investigaciones al respecto, puntualiza que:

Una cosa, sin embargo, está clara: el tan propalado tratamiento igualitario como remedio para la discriminación contra las mujeres solo funcionaría si los niños y las niñas no fuesen esencialmente diferentes. En realidad ellos son por naturaleza, tan distintos que el tratamiento igualitario se torna contraproducente (Hanser 2005: 39)

Se percibe, más allá de una simplificación del conocimiento científico, la utilización de informaciones que son presentadas como verdades incuestionables para, entonces, proponer direccionamientos en lo que se refiere a padrones de comportamiento a ser adoptados. Llama la atención también el hecho de que los autores de los artículos citados se refieren explícitamente a la necesidad de posicionarse contra lo que entienden como políticamente correcto. En varias situaciones parecen proponer un debate entre el conocimiento científico, por un lado, y el discurso igualitario, por otro. Y no tienen dudas en

defender la autoridad de la ciencia, y de la naturaleza, frente a lo que sería apenas un conjunto de demandas sociales y políticas.

Este tipo de perspectiva se torna más evidente en el tercer caso a ser tratado aquí. Se trata del libro *Como as mulheres pensam* de la Dra. Louann Brizendine (2006), de la editorial Campus Elsevier.⁷ Publicado originalmente en Estados Unidos con el título *The Female Brain* (2006), es considerado un best-seller y ha sido traducido a dieciocho idiomas. Brizendine es neuropsiquiatra, con formación en las universidades norteamericanas más prestigiosas, es Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California (San Francisco). Sus investigaciones se han desarrollado en torno de las hormonas y el comportamiento femenino. En 1994 fundó *Women's Mood and Hormone Clinic*, destinada a evaluar y tratar, principalmente por medio de la reposición hormonal, a mujeres de todas las edades con disturbios de humor, ansiedad y disfunción sexual. En 2010, publicó también *The Male Brain* (Morgan Road/Broadway Books).

El libro está compuesto por capítulos que tratan de las especificidades cerebrales en diferentes fases de la vida de la mujer. En la conclusión aborda el “futuro del cerebro femenino”. Allí desarrolla tres apéndices que versan sobre terapia hormonal, depresión post-parto y preferencia sexual. Al final hay un capítulo de notas, “resultado de muchos años de investigación, análisis y síntesis de ideas” y a partir de la revisión del “trabajo de muchos científicos de varias disciplinas” (Brizendine, 2006: 197), además de 40 páginas de referencias bibliográficas.

La sinopsis afirma que la autora hizo un trabajo pionero al analizar los “últimos descubrimientos” para mostrar cómo la estructura singular del cerebro femenino determina la manera como las mujeres piensan, o valorizan, cómo se comunican y qué

⁷ La editora Campus Elsevier, que integra el importante grupo Elsevier, concentra sus publicaciones en las áreas de administración, negocios, redes (informática), autoayuda y espiritualidad, marketing y una línea especializada en diversos asuntos “para principiantes”. Entre los títulos de la editora podemos mencionar: *Seu Cérebro Milagroso* (Jean Carper), *A Revolução Antienvelhecimento. Um programa radical de rejuvenescimento* (Timothy Smith), *A Vitalidade Sexual do Homem. Uma Abordagem Natural* (Michael T. Murray) e *A Pré-História do Sexo. Quatro Milhões de Anos de Cultura Sexual* (Timothy Taylor).

les gusta. Luego del sumario presenta un esquema gráfico del cerebro femenino y una breve descripción de sus diversas partes y funciones de forma reduccionista y metafórica. Por ejemplo, la corteza pre-frontal es descripta como “una reina que gobierna las emociones y las mantiene bajo control” (Brizendine, 2006: XIII). Sobre el hipocampo afirma: “Un elefante que nunca olvida una pelea, un encuentro romántico o un momento de afecto – y tampoco va a permitir que usted la olvide” (Brizendine, 2006: XIII). Estos dos elementos son mayores y más activos en las mujeres. A continuación son introducidos otros que darían cuenta de las diferencias neuro-hormonales entre hombres y mujeres.

El tópico siguiente se titula “las fases de la vida de la mujer” y se inicia con un cuadro esquemático que define, de acuerdo con cada fase (fetal, infancia, pubertad, madurez sexual/mujer soltera, embarazo, amamantamiento, crianza de los hijos, perimenopausia, menopausia, pos-menopausia) una lista con las principales alteraciones hormonales – que las mujeres tienen y que los hombres no tienen–, alteraciones específicas del cerebro femenino y de la percepción (Brizendine, 2006: XVIII-XIX). Solamente después de realizar esta simplificación inicial, por medio de esquemas gráficos, es que el libro comienza su contenido textual más largo. El argumento principal es que el comportamiento femenino es radicalmente diferente del masculino por culpa de las diferencias hormonales y de una arquitectura cerebral diferenciada. Parte de la premisa de que el padrón cerebral de todo feto es femenino hasta la octava semana de gestación cuando el cerebro, si el feto es masculino, será inundado con testosterona, que comienza actuando en los testículos del bebé y posteriormente viaja hacia el cerebro por la corriente sanguínea. A partir de ahí se instaura una diferencia permanente y radical.

Uno de los dos aspectos más interesantes del libro es el hecho de que la autora presenta su búsqueda en la neurociencia como una forma de ayudar a las mujeres. Revela cómo en los años setenta, cuando estaba en la facultad, adoptó una postura típica del movimiento feminista en búsqueda del igualitarismo. Sin embargo, su experiencia profesional la llevó a ponderar que la diferencia entre hombres y mujeres “podía ser reflejo de algo mayor, más

básico y biológico” (Brizendine, 2006: 2). Agrega que después de acompañar por años el progreso del conocimiento sobre el cerebro y el comportamiento femeninos, mientras atendía a sus pacientes, fue posible crear esta obra. El libro es entonces presentado como un “manual de usuario”, al parecer, del propio cerebro de cada uno:

Este libro es un **manual de usuario**, presenta las nuevas investigaciones sobre el cerebro femenino y los sistemas neurocomportamentales que hacen de nosotras, mujeres. Es el resultado de más de veinte años de experiencia clínica como neuropsiquiatra. Ella se nutrió de **avances espectaculares** en nuestra comprensión sobre **genética, neurociencia molecular, endocrinología fetal y pediátrica**, y **desarrollo neurohormonal**. Este libro presenta descubrimientos de la **neuro-psicología, neurociencia cognitiva, desarrollo infantil, imágenes cerebrales y psiconeuro-endocrinología**. Aquí exploraremos la **primatología**, los **estudios del comportamiento animal** y **observaciones de niños**, buscando insights de cómo comportamientos específicos son programados en el cerebro femenino por una combinación de factores genéticos y ambientales (Brizendine, 2006: 9; las negritas son mías).

A continuación, la misión de ayudar a las mujeres por medio de los avances de la ciencia se expresa más enfáticamente:

En virtud de este progreso, estamos finalmente entrando en una era en la cual las mujeres pueden comenzar a entender su **biología específica** y cómo esto afecta sus vidas. **Mi misión personal ha sido educar** médicos, psicólogos, profesores, enfermeros y farmacéuticos, como así también a sus alumnos, a **ayudar a las mujeres y las adolescentes** con las cuales trabajan. También aprovecho esta y cualquier oportunidad de **educar** mujeres y niñas a **direccionar** a su sistema único de cerebro-cuerpo-comportamiento y **ayudarlas a ser lo mejor posible** en cualquier edad (Brizendine, 2006: 20; las negritas son mías).

Esta preocupación en transmitir conocimiento que lleve a la autoayuda, recorre todo el libro y se torna aún más enfática en la conclusión, espacio en que se traduce en una preocupación sobre “El futuro del cerebro femenino”. En ese apartado, Brizendine retoma más de una vez la idea de la importancia de la comprensión de la “biología innata” para planear mejor el futuro, creando un “mapa para el camino” que está por venir y ayudando a la sociedad a “apoyar mejor las habilidades y necesidades naturales femeninas” (Brizendine, 2006: 169). Las nociones de ayuda, lección, mejoría, mapa, mapeo, guía, son repetidas innumerables veces así como las referencias a “biología innata” y a la “realidad de las mujeres”. Más allá de esto, en este capítulo asume una postura más explícita de condena al igualitarismo. Según la autora, “ **fingir que las mujeres y los hombres son iguales**, es un daño tanto para los hombres como para las mujeres, al final **acaba perjudicando a las mujeres**” (Brizendine, 2006: 170; las negritas son mías).

Una vez más es retomada la crítica al feminismo y a lo políticamente correcto, en función de un respeto mayor a la “realidad biológica” y a las diferencias identificadas científicamente:

Durante los años 90 y al inicio de este milenio, nuevas ideas y pruebas científicas sobre el cerebro femenino fueron descubiertas. Esas verdades biológicas se tornaron un estímulo poderoso para reconsiderarnos el contrato social de la mujer. Al escribir este libro, tuve dos voces luchando en mi cabeza —una, la **verdad científica**, la otra, lo **políticamente correcto**. Entre ambas, preferí la verdad científica a lo políticamente correcto, aún sabiendo que las verdades científicas no siempre son bien recibidas (Brizendine, 2006: 170-171; las negritas son mías).

Brizendine concluye, en el último párrafo, que las mujeres detentan “un imperativo biológico para que el nuevo contrato

social las tome en consideración, como así también sus necesidades” y agrega que “nuestro futuro y el de nuestros hijos dependen de esto.” (Brizendine, 2006: 172).⁸ De esa forma, el libro revela la existencia de un discurso centrado en argumentos supuestamente basados en la ciencia que se transforman en guías de orientación para cada individuo aisladamente y, si es posible, para la sociedad como un todo. Esta combinación de recursos que darían cuenta de su legitimidad científica, como la mención a todas las especialidades, obras e investigadores citados como fuentes, y la retórica de esclarecimiento y de ayuda hacen de este trabajo una ilustración ejemplar de este nuevo tipo de producción que se puede llamar de autoayuda científica.

Cambios y permanencias

Este tipo de discurso parece bastante revelador en lo que se refiere a la construcción y reproducción de los estereotipos de género por un lado, y en lo que respecta a la creencia ilimitada en la ciencia, por otro. Particularmente en lo que concierne a las llamadas “diferencias entre los sexos”, que en verdad revelan la jerarquía social de género en nuestra sociedad, la matriz fundamental por medio de la cual se intentan establecer diferencias innatas basadas en la biología e, históricamente, la producción biomédica, que tiene monopolizado el saber legítimo sobre la vida.

Los casos analizados implican una serie de diferencias aunque también ayudan a conformar un campo que tiene varias sintonías. Por un lado, es posible marcar las distinciones entre una revista más general, de gran circulación, como *Véja*, un periódico especializado en artículos de investigadores, como *Viver-Mente e*

⁸ Es preciso destacar que el libro siguiente, *The Male Brain* (2010), mantiene la misma estructura de capítulos, tópicos y esquemas gráficos del primero, además de seguir exactamente la misma línea argumentativa. Persiste en la idea de que hombres y mujeres estarían comenzando a entender su biología distintiva y cómo esto afectaría sus vidas. El estudio y la divulgación de los nuevos descubrimientos científicos podrían, una vez más, ayudar a guiar los impulsos y a elegir como actuar en el futuro (Brizendine 2010: 27-28).

Cerebro, y un libro escrito directamente por una científica y médica, como el caso *The Female Brain* de Brizendine. Por otro, el intento de agruparlos responde exactamente a la necesidad de pensarlos como formando parte de una nueva forma de interacción entre las ciencias y públicos más amplios. Además, representa la conformación de un mercado que hace mucho más que vender o promover la divulgación científica.

Los tres medios tienen en común ciertos aspectos muy importantes en lo que se refiere a la discusión tratada aquí. Recurren al conocimiento científico, ya sea a través de las fuentes de producción académica, o por medio de la participación directa de los científicos. Accionan insistentemente un discurso que privilegia el argumento de autoridad de la ciencia, sobre todo por medio de la inscripción en “verdades” biológicas que se presentan cada vez más en el nivel molecular. Promueven una legitimidad del capital simbólico personal de científicos y también de médicos, como garantías de que están “enseñando”. Y, como se vio, el tono meramente informativo pierde espacio para convertir a los hallazgos científicos en prescripciones de comportamiento, especialmente relativas al género, en los casos aquí analizados.

Entender ese campo exige, por lo tanto, problematizar la idea de que esos trabajos se inscriben en una versión simplificada de la divulgación científica y mostrar que traen algo de nuevo. El intento de describir este fenómeno destacando su carácter novedoso, no se refiere, evidentemente, a la inexistencia anterior de formas de divulgación pública de la ciencia o de pretensiones “civilizatorias” por parte de los científicos y los médicos. Pretende dar cuenta de una nueva red o un nuevo campo de mediaciones, en escala tal vez distinta, que se está constituyendo con características y pretensiones singulares. A continuación de esto, argumento que los rótulos “divulgación científica” o “popularización de la ciencia” parecen no alcanzar para describir precisamente los procesos en cuestión. Es preciso hacer uso de otros recursos que permitan poner en jaque la validez analítica de esas categorías “nativas” a favor de una explicación más compleja o, por lo menos, más desafiante.

Es preciso discutir si la noción de divulgación científica representa de forma consistente lo que hemos visto actualmente

cuando observamos el campo de circulación de las informaciones científicas para un público no académico. El creciente número de revistas dedicadas a tal nicho del mercado, la existencia de suplementos especializados en grandes diarios y la avalancha de libros editados con ese fin – solo mencionando el campo de producción impresa, sin hablar de televisión, cine e internet– revelan la creación de un dominio especializado y lucrativo.⁹ Estos indicadores nos permiten sospechar de una noción y comprensión simplista de la divulgación científica.¹⁰

Como una forma de complejizar el análisis, recorro a los conceptos elaborados por Fleck (2010) en la década de 1930, para dar cuenta y describir la relación entre la producción de conocimiento por grupos de especialistas y su circulación entre un público más amplio¹¹. Desde la perspectiva de este autor, un proceso de conocimiento es socialmente condicionado en el sentido de que no es fruto de una actividad individual sino el resultado de interacciones sociales que tienen profundas conexiones con lo que ya era conocido de alguna forma. Partiendo de la noción de que la producción de conocimiento es un

⁹ El llamado mercado editorial de autoayuda ha crecido enormemente en las últimas décadas en varios países, justificando, inclusive, su clasificación en forma separada de las demás obras de no-ficción. En 1983, el *New York Times* pasó a utilizar una lista exclusiva para este tipo de publicaciones, entonces llamadas “libros de consejos”. Según los editores, el crecimiento de la categoría era tan importante que si esta separación no fuese hecha, las otras obras de no-ficción no aparecerían más en los rankings (Petillo, A. & Souza, A. 2005). En Brasil, de acuerdo con los datos de la *Câmara Brasileira do Livro* (2009), el número total de ejemplares de libros de autoayuda producidos en 2009 (1ª edición más reediciones) fue de 12.828.914. Para tener una visión comparativa, el número de libros de literatura adulta fue de 21.007.834 y los de ciencias humanas y sociales, 1.930.501. Los datos específicos sobre el lugar más específico del área de la ciencia no fueron localizados.

¹⁰ Para una presentación del debate en torno del “entendimiento público de la ciencia” y de las relaciones entre los expertos científicos y el público lego, ver el trabajo pionero de Irwin, A. & Wynne, B. (1996). En otra perspectiva, más distante de la línea adoptada en este artículo, se destacan los trabajos de Collins H. & Evens R. (2010).

¹¹ El trabajo de Fleck ha inspirado algunos estudios recientes, especialmente en el campo de análisis de las prácticas biomédicas y de atención a la salud, como es el caso de Camargo Jr. & Nogueira (2009).

fenómeno social, Fleck se apoya en dos conceptos fundamentales e interconectados. El primero es la idea de “colectivo de pensamiento”, utilizado para definir una comunidad de personas interactuando e intercambiando sus ideas y proporcionando, de esta forma, un soporte necesario para el desarrollo histórico de un campo de pensamiento. En un determinado colectivo de pensamiento está asociado cierto “estilo de pensamiento”, una especie de disponibilidad intelectual, aprendida a través de un proceso de socialización en una comunidad científica o colectivo, que define formas particulares de percibir y actuar (Fleck 2010: 81-95).

La dinámica de interacción entre diferentes actores involucrados en ese proceso en un circuito más amplio es descrita por medio de una distinción entre “círculo esotérico” y “círculo exotérico”. El primero comprende el terreno de los *expertos*, sean ellos especializados o generalistas, que estarían directamente relacionados con la producción de conocimiento. Su forma de comunicación privilegiada serían las revistas técnico-científicas y los libros de referencia o manuales. El segundo se refiere al campo más amplio de los “legos más o menos instruidos”, sustentados por periódicos de ciencia popular o de divulgación (Fleck, 2010: 164-179). La ciencia popular, para Fleck es la ciencia de los no-especialistas y tiene como una de sus características principales, en su forma de presentación “la ausencia de detalles y principalmente de polémicas, de modo que se consigue una simplificación artificial” (Fleck, 2010: 166). Habría además una “ejecución estéticamente agradable, viva e ilustrativa” y por último una “validación apodíctica”, unas simples aprobaciones o reprobaciones de un punto de vista dado. Un saber exotérico sería entonces definido por una ciencia simplificada, ilustrativa y apodíctica, asociada a la conformación de una cierta visión de mundo. Esta visión de mundo, a su vez, estaría relacionada con la producción de conocimiento científico, lo que caracterizaría una relación intrínseca y continua entre los diferentes círculos. Como sintetiza Fleck:

Por más que cualquier visión del mundo sea insignificante para las representaciones de un especialista, de todas formas, así mismo, el telón de

fondo que determina los trazos generales de su estilo de pensamiento, incluso si se trata apenas de un sentimiento elevado de las relaciones interconectadas de todo el saber humano; o de la creencia en la posibilidad de una ciencia universal, o de la creencia en la capacidad, aunque limitada, de desarrollo de la ciencia. De esta manera, se cierra el círculo de dependencia intracolectiva del saber: a partir de un saber especializado (esotérico), surge un saber popular (exotérico). Este se presenta, gracias a la simplificación, y a su carácter ilustrativo y apodíctico, de una forma segura, más acabada y sólida. Un saber popular forma una opinión pública específica y una visión del mundo, surtiendo, de esta forma, un efecto retroactivo en el especialista (Fleck, 2010: 166).

Fleck además agrega que, cada vez que se intenta describir un determinado caso, sea cual fuere, la descripción siempre exige simplificación, permeada por elementos ilustrativos y apodícticos, convincentes. Esto implicaría que, cada vez que una comunicación es producida, un saber se torna más exotérico y popular (Fleck, 2010: 168).

Estos elementos sin duda ayudan a complejizar el tratamiento que se puede dar al fenómeno de “popularización” de la ciencia hoy en día, a partir de una lógica que prevé mucho más una interacción mutua que una idea de transmisión de un saber producido más allá, o fuera, de la sociedad. En cierto sentido, se puede decir que Fleck ya estaba adelantando las discusiones en torno de la noción de coproducción que se tornaría central para los estudios sociales de la ciencia (Jasanoff 2004).

Se trata, por lo tanto, de la coproducción de un campo complejo que va mucho más allá de traducciones de los descubrimientos y explicaciones derivadas del conocimiento elaborado en la academia. Ciertamente es un terreno con fronteras poco delimitadas, incluyendo desde libros escritos por científicos hasta revistas especializadas o segmentos de medios de gran circulación. Además, se evidencia la presencia más frecuente de científicos que pasan a dedicarse a este tipo de producción y de periodistas, editores, escritores que se tornan profesionales

especializados en ciencia¹². Los objetivos, en cierto nivel, implican difundir y facilitar o simplificar la comprensión de informaciones que provienen del conocimiento científico. Por otro lado, implican una creación de guías de orientación o manuales de autoayuda para el público en general o segmentos particulares como mujeres, hombres, adolescentes, mujeres en menopausia, etcétera. De una forma sintética, este campo podría ser definido como un segmento de publicaciones destinadas a la diseminación del conocimiento científico con fines de orientación personal.

Este aspecto se torna más evidente en la medida en que se perciben los elementos comunes en varias publicaciones. Se ha destacado la forma por la cual esas producciones discursivas asumen como tarea la elaboración de verdaderas guías de orientación, que tendrían como función indicar a un público más amplio cuáles son los comportamientos a seguir en la búsqueda de su bienestar o en la mejoría de su condición de vida. Sugiero que compartirían una cierta estructura que se repite, más allá de las singularidades de cada caso. En esta estructura, se destacan: a) la constatación o indicación de un problema o “sufrimiento” (que puede ser una disfunción o una enfermedad, bajo desempeño o unas dificultades de lidiar con las diferencias); b) el suministro de explicaciones científicas, de base biológica, respecto de sus causas; c) el uso de datos numéricos, de preferencia estadísticos que indicarían su importancia en la población; d) la utilización de recursos gráficos como cuadros y esquemas que simplificarían o sintetizarían las informaciones más importantes; e) la apelación a los especialistas o *expertos*, en general científicos o médicos integrados en instituciones de renombre; f) el testimonio de “personas comunes” o la referencia a casos clínicos que atestiguan cómo tales condiciones o problemas afectan sus vidas; g) la

¹² A pesar del crecimiento del campo editorial, tenemos aún pocos análisis sobre este fenómeno, especialmente entre las que tratan de las conexiones con género y sexualidad. Cabe destacar aquí un estudio de Potts, A. (2002) que, dentro de un proyecto mayor de mapear lo que llama de “science/fiction of sex” analiza los libros de Gray, J. (1992; 1995) en la línea del conocido “Homens são de Marte e mulheres são de Vênus”. Vidal, C. & Benoit-Browaeyns, D. (2005) critican duramente los medios de comunicación y las publicaciones que intentan explicar las diferencias entre hombres y mujeres basados en visiones deterministas.

reproducción de test auto-administrados para que el lector pueda hacer un primer encuadre de su situación personal respecto de tal problema; h) la indicación, principalmente a través de cuadros destacados, de las principales soluciones o recursos disponibles, recomendados por los especialistas.

Ese esquema conduce al lector a considerar la importancia de mantenerse informado sobre las novedades de la ciencia y del mercado, de buscar los recursos disponibles y tratar de encontrar permanentemente un mejoramiento de su condición de vida y, además, la actualización de sus capacidades y sus performances. Se nota que ese “empoderamiento” a través del consumo de recursos de punta parte del principio de que el diagnóstico de las fallas, o de lo que se debe mejorar, y los tratamientos en cuestión, son recursos externos, a ser buscados por medio de la ayuda de especialistas. Esto se aplica al acondicionamiento físico, tratamientos de salud, transformaciones estéticas, desempeño sexual y una serie de otros dominios. Quien se coloca aparte de este proceso puede estar sujeto a cierta condena social. Además de esto, este tipo de discurso, al proponer que quien no entra en la búsqueda incesante de mejoría quedaría retrasado, en relación a las informaciones, recursos y gerenciamiento de la propia vida, ayuda a producir un mercado propio de esas publicaciones y de ese tipo de *expertise*. Se trata de una autolegitimación que pasa por la coproducción de la necesidad de informaciones de este tipo.

Se torna evidente la circunscripción y la promoción de un grupo de especialistas que trabajan exactamente en la producción de ese campo. Es notable cómo algunos investigadores se tornan referentes en varios medios, abriendo espacio para su legitimación individual por un lado, al mismo tiempo que ayudan a sustentar el “basamento científico” de las publicaciones, por otro. Algunos crean una carrera exitosa exactamente en ese terreno de frontera entre la academia y la “popularización” de la ciencia.¹³ Ciertos científicos, inclusive, inician la publicación directa de sus propios libros con una connotación de autoayuda. En el caso del trabajo

¹³ Ver, por ejemplo, el análisis de Azize, R. y Carvalho, M. (2011) sobre la neurocientífica Suzana Herculano-Houzel.

de Brizendine (2006; 2010), en el cual la propuesta de la autora es crear un “manual de usuario” para entender el género a partir del cerebro, es explícitamente esta. Además de esto, cabe mencionar la promoción de la carrera de periodistas que se tornan especialistas exactamente en temas científicos y van construyendo también su *expertise* por medio de ese dominio. Se percibe, por lo tanto, la consolidación de los personajes individuales, de los medios y de las referencias a través de una circularidad constante.

En ese proceso de creación de un campo específico de coproducción y consumo de *expertise*, varios tipos de capital son accionados. Entre ellos se destaca la autoridad científica, no de cualquier ciencia sino de aquella capaz de probar las bases naturales de las diferencias, de los comportamientos, de las enfermedades. Esa autoridad se expresa en los textos a partir de las referencias a las instituciones académicas y de investigación, citas bibliográficas y uso de datos numéricos, gráficos y esquemas, entre otras marcas. También es muy frecuente el recurso a la legitimidad médica que tiene la particularidad de darle no sólo la validez científica sino también la garantía que tiene la ética profesional, la tarea de cuidar y salvar vidas.¹⁴ Más allá de esto, son los médicos quienes muchas veces van a hacer la conversión o la traducción de los hallazgos científicos en términos de recomendaciones de hábitos o prácticas saludables que llevarían al “bienestar” y a la “calidad de vida”.

Esa descripción nos remite a la discusión anterior en la cual mencioné la importancia de los procesos de medicalización y biomedicalización de los fenómenos en la sociedad contemporánea (Rosenberg 2002; Conrad 1992, 2007; Clarke et al 2009). Además, repercute, en esa descripción, la argumentación de

¹⁴ Este es un argumento planteado por Jennifer Fishman (2004) al tratar la mercantilización de la disfunción sexual femenina a partir de una red que congrega comercio, ciencia, medicina clínica y regulación gubernamental. En particular, la autora revela cómo los investigadores tienen un papel fundamental al servir como mediadores entre los productores, o sea, las industrias farmacéuticas y los consumidores, los médicos clínicos y pacientes, de las nuevas drogas. El capital simbólico de estos científicos, la mayoría médicos y psicólogos con cargos en las escuelas de medicina, es un elemento importante en el curso de promoción del nuevo mercado.

Rose (2007; 2011) acerca de los fenómenos de molecularización, optimización, subjetivación, expertise y bioeconomía. Los discursos aquí analizados, así como la propia constitución de ese nuevo mercado editorial de autoayuda científica, pueden ser inscriptos en la constitución de ese nuevo orden descrito por el autor.

Sin embargo, si todos esos aspectos caracterizan el surgimiento de una novedad, que es la propia constitución de ese nicho de interacción entre las ciencias, el público y varios mediadores, ciertas permanencias pueden ser resaltadas. La cuestión de género, aunque ciertamente no solo ésta, parece requerir de científicos, periodistas y otros mediadores, una atención especial motivada por el viejo problema de comprender las diferencias entre hombres y mujeres. El deseo parece ser el de encontrar las respuestas a través de los fascinantes descubrimientos anunciados por la tecnociencia, especialmente en lo que concierne a la biología molecular. Y además, se pretende utilizar estos conocimientos para guiar a los individuos para el futuro, por medio de las orientaciones que prescriben qué es lo más adecuado para cada uno de los sexos, siempre entendidos a través de una diferencia biológica radical. La tónica del auto-gerenciamiento y de la responsabilización individual son ahora marcados por los colores de la distinción de género que, a su vez, continúa reproduciendo la antigua asimetría en la que lo masculino aparece valorado como patrón de referencia.

Se trata, por lo tanto, de la existencia también de ciertas permanencias. La forma por la cual las diferencias entre los sexos son descriptas nos llevan a pensar respecto de cómo el género marca no solo ciertas producciones científicas sino también aquello que se pretende decir a partir de ellas. En muchos casos, en lo que se refiere a las producciones discursivas contemporáneas, son mucho más que un simple movimiento de recepción y transmisión de informaciones, se trata, sobre todo, de la promoción de ciertas ideas-clave que van a ser ancladas en argumentos científicos en boga. Sería asimismo posible utilizar la noción de proto-ideas pre-científicas de Fleck (2010) para profundizar en la comprensión de este fenómeno. Entendidas en cuanto pre-disposiciones histórico-evolutivas que permitirían el

desarrollo de determinados hechos científicos y de las teorías correspondientes, su importancia está relacionada con el hecho de posibilitar o condicionar los estilos de pensamiento relacionados con cada colectivo de pensamiento.

En el caso de las publicaciones aquí cotejadas, sugiero que algunas proto-ideas, centradas en la diferencia radical e innata entre los sexos, aparecen de manera muy relevante. Los textos realizan insistentemente una reducción de los argumentos, una utilización de imágenes y de esquemas gráficos sintéticos y una creación de un discurso de evidencias en torno de esto. Al parecer, en el nivel de autoayuda científica, tomada aquí como articulada al círculo exotérico, esas proto-ideas resurgen de una manera muy evidente. Se puede argumentar que, si en el plano de la producción de conocimiento científico, en el círculo esotérico, las protoideas ya son fundamentales, en el plano de las publicaciones destinadas al gran público, aparecen aún con más fuerza. Supongo que, asimismo, en ese nivel configuran una segunda capa de “filtro” que condiciona aquello que será coproducido. Es como si esas proto-ideas “retornasen” con más fuerza, a pesar de que nunca se habían ido realmente, para reencuadrar, vía simplificación, ilustración y producción de verdades, los nuevos hallazgos científicos. Lo viejo y lo nuevo, la antigua división anatómica de los cuerpos y los recientes conocimientos biomédicos, los marcadores tradicionales de la diferencia y las novedades de la tecnociencia se redefinen de forma singular. A pesar de que estemos asistiendo a la emergencia y el predominio de la dimensión molecular, aquí traducida en los hallazgos en torno del cerebro, en el caso del laberinto del género y de la creación de definiciones de la diferencia entre los sexos, las antiguas ideas continúan sintomáticamente presentes.

Bibliografia

- Azize, Rogerio Lopes y Carvalho, Marcos Castro (2011). “Você conhece bem o seu cérebro?”: pessoa e divulgação neurocientífica.” en Santos, Luís Henrique Sacchi dos y Ribeiro, Paula Regina C. (orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG.
- Baron-Cohen, Simon (2004). *Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Brizendine, Louann (2006). *Como as mulheres pensam*. Rio de Janeiro: Editora Campus Elsevier.
- Brizendine, Louann (2010). *The Male Brain*. New York: Morgan Road/Broadway Books.
- Câmara Brasileira do Livro (2009). *Produção e Vendas do Setor Editorial Brasileiro* [en línea]. Consultado el 28 de septiembre de 2011 en: http://www.snel.org.br/files/pesquisaMercado/relatorioAnual/relatorio_anual_2009.pdf.
- Camargo Jr, Kenneth y Nogueira, Maria Inês (orgs.) (2009). *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Clarke, Adele E.; Shim, Janet; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer y Fishman, Jennifer (eds.). (2009) *Biomedicalization: Technoscience and Transformations of Health and Illness in the U.S.* Durham: Duke University Press.
- Collins, Harry y Evans, Robert (2010). *Repensando a expertise*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Conrad, Peter (1992). “Medicalization and social control” en *Annual Review of Sociology*. 18:209-232.
- Conrad, Peter (2007). *Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press.
- Ehrenberg, Alain (2009). “O sujeito cerebral” en *Psicologia Clinica*. Vol. 21, N° 1, 187-213.
- Fishman, Jennifer (2004). “Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction” en *Social Studies of Science*. 34, N°2, 87-218.

- Fleck, Ludwik (2010). *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Gaudillière, Jean-Paul (2003). “La fabrique moléculaire du genre: hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule”. *Cahiers du Genre*, N° 34, 57-81.
- Gray, John (1992) *Men are from Mars, women are from Venus*. London: Thorsons.
- Gray, John (1995). *Mars and Venus in the bedroom: a guide to lasting romance and passion*. New York: HarperCollins.
- Hanser, Hartwik (2005). “Diferentes desde o nascimento” en *Revista Viver - Mente e Cérebro*. São Paulo. Ediouro- N° 146, 32-39.
- Hausmann, Markus (2005). “Questão de simetria” en *Revista Viver - Mente e Cérebro*, São Paulo. Ediouro, N° 146, 40-45.
- Irwin, Alan and Wynne, Brian (eds.) (1996). *Misunderstanding science? The public reconstruction of science and technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jasanoff, Sheila (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge.
- Kraft, Ulrich (2005). “O poder do feminino”. *Revista Viver - Mente e Cérebro*, São Paulo: Ediouro, N° 146, 46-51.
- Laqueur, Thomas (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Latour, Bruno (1994). *Jamais Fomos Modernos*. São Paulo: Editora 34.
- Latour, Bruno (2000). *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP.
- Lowy, Ilana (2003). “Intersexe et transsexualités: les technologies de la médecine et la separation du sexe biologique du sexe social” . *Cahiers du Genre*, N° 34, 81-105.
- Nucci, Marina (2010). “‘O sexo do cérebro’: uma análise sobre gênero e ciência.” en Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. 6°. *Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero*. Brasília: Presidência da República/SPM, 31-56.
- Ortega, Francisco y Zorzanelli, Rafaela (2010). *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Ortega, Francisco (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Oudshoorn, Nelly (1994). *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge.
- Petillo, Alexandre y Souza, Allyson (2005). “Ajude-se” en *Superinteressante* [en línea]. Consultado el 28 de agosto de 2011 en <http://super.abril.com.br/cotidiano/ajude-se-445837.shtml>.
- Pinheiro, Daniela (2005). “Diferentes, mas unidos” en *Veja*, 02 de marzo, 84-91
- Potts, Annie (2002). *The science/fiction of sex: feminist deconstruction and the vocabularies of heterosex*. London & New York: Routledge.
- Rohden, Fabíola (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro. Fiocruz: Coleção Antropologia e Saúde.
- Rohden, Fabíola (2008). “O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos” en *História, ciências, saúde – Mangueiras*, Vol. 15, Supp 15, 133-152.
- Rohden, Fabíola (2010). “O que se vê no cérebro: a pequena diferença entre os sexos ou a grande diferença entre os gêneros” En Weidner Maluf, Sonia & Tornquist, Carmen (Orgs.) *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 403-439.
- Rose, Nikolas (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas (2011). Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: Santos, Luís Henrique Sacchi dos & Ribeiro, Paula Regina C. (orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG.
- Rosenberg, Charles E. (2002). “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience” en *The Milbank Quarterly*, Vol. 80(2), 237-259.
- Sinding, Christiane (2003). “Le sexe des hormones: l’ambivalence fondatrice des hormones sexuelles”. *Cahiers du Genre*, n. 34, 39-81.

- Vidal, Catherine y Benoit-Browaëys, Dorothé (2005). *Cerveau, sexe et pouvoir*. Paris: Editorial Bellin.
- Vidal, Fernando (2005). “Sujet cerebral” en Andrieu, Bernard (org.). *Dictionnaire du corps*. Paris: Eds. Du CNRS.

CAPÍTULO 3

Género, hormonas y cáncer de mama. Perspectivas comparadas en Norte y Sudamérica¹

Yolanda Eraso

¹ El presente capítulo forma parte de mi investigación sobre perspectivas transnacionales en el cáncer femenino financiada por una Research Fellowship (WT082964) del Wellcome Trust, Reino Unido. Parte de su contenido ha sido presentado en mi ponencia “Gendering Breast Cancer Treatments in International Perspective” presentada en la conferencia *Politics and practices: The history of post-war women's health*, Centre for the History of Science, Technology and Medicine, University of Manchester, 2010. Agradezco especialmente a Elizabeth Toon y a las participantes del encuentro por sus comentarios perceptivos los que han constituido un valioso estímulo en la preparación de este capítulo.

La medicalización de las hormonas sexuales y sus fuertes implicancias culturales y sobre todo genéricas, ha recibido considerable atención por parte de disciplinas diversas como la historia de la medicina, la antropología médica y los estudios feministas. Los estudios sobre el desarrollo de la píldora anticonceptiva, el tratamiento de reemplazo hormonal para mujeres en pre y post menopausia junto a desarrollos más recientes sobre la menopausia masculina, han resaltado la división de género que ha influido a la profesión médica y a los medios de comunicación en la promoción de las hormonas sexuales (Watkins 2007a,b; Brookes 2006). Estos trabajos han argumentado que, una vez que estas hormonas (estrógenos, testosterona y progesterona) fueron aisladas en el laboratorio en los años de 1930, su uso terapéutico en la clínica fue destinado a ser sexualmente específico: testosterona para hombres, y estrógenos y progesterona para mujeres (Lie 2002). El trabajo pionero sobre las hormonas sexuales de Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural body: An archaeology of sex hormones*, analizó la caracterización naturalizada de las hormonas sexuales como agentes duales en la diferencia sexual desde las primeras conceptualizaciones médicas y que habría persistido a través de la producción masiva de drogas por parte de los laboratorios y las compañías farmacéuticas (Oudshoorn 1994). Centrándose en el prejuicio de género que condicionó la conceptualización, el marketing, y los primeros usos clínicos de las hormonas sexuales como sexo-específicas, la autora analizó los estudios posteriores que avanzaron en la evaluación de cada una de ellas en sus respectivas áreas de intervención: la clínica ginecológica y la urológica. Al mismo tiempo, un volumen

importante de literatura emergió de los estudios feministas sobre las ciencias biomédicas donde se desarrolló una perspectiva crítica del “cuerpo natural”¹.

Por un lado, la carencia de estrógenos se convirtió en síntoma de una serie de enfermedades ginecológicas y psicológicas; desde la infancia a la adultez, desde el infantilismo a los problemas de la post-menopausia. La administración de estrógenos proponía restaurar entonces un principio femenino que se pensaba estaba alterado no solo en el plano fisiológico. A su vez, la testosterona era utilizada en casos de hipogonadismo e impotencia sexual masculina, adquiriendo popularidad en los años de 1940 tanto para tratar los desordenes atribuidos al climaterio masculino como en otras áreas fuera de la clínica, en las cuales los atletas estimularon su consumo por sus cualidades para aumentar la masa muscular y el rendimiento corporal. Aunque ha existido una clara tendencia a producir y prescribir productos hormonales para el tratamiento de afecciones femeninas, en comparación al anclaje y extensión que el tratamiento hormonal ocupó, y aún ocupa, en la clínica masculina, existe en la literatura una tendencia a considerar que

La comercialización de las hormonas sexuales masculinas careció de un contexto institucional tanto para la producción como para la promoción, porque las mismas no estaban conectadas a ninguna profesión médica comparable con la ginecología (Oudshoorn 1994: 109).

Una idea subyacente y recurrente en la gran mayoría de los estudios académicos sobre el cuerpo hormonal ha sido la ubicación acorde a los sexos de cada una de estas hormonas en el tratamiento de enfermedades de las que se sospechaba tenían un origen endocrino. Aunque efectivamente existen infinidad de lecturas médicas que avalan esta colocación dual, considero que el vínculo casi exclusivo entre testosterona y hombres, por ejemplo,

¹ Entre otros *Cfr.* Fausto-Sterling (2000); Roberts (2007); Van den Wijngaard (1997).

ha soslayado el hecho que la hormona sexual masculina tuvo una aplicación terapéutica en una amplia gama de enfermedades ginecológicas. Este capítulo propone abordar una de las aplicaciones más relevantes en la clínica: el uso de testosterona para el tratamiento del cáncer de mama. Iniciada hacia fines de la década de 1930, la administración de hormonas ‘contra-sexuales’ para tratar enfermedades femeninas, a pesar de sus resultados clínicos positivos, fue altamente controversial. Este fue el caso del cáncer cuando componentes hormonales fueron identificados como agentes paliativos o anti-recidivantes para el tratamiento, sobre todo en casos avanzados e incurables. Quizás ninguna terapia oncológica como la testosterona para el cáncer de mama llevó a primer plano tantas consideraciones genéricas como cuando, en los años de 1940 y 1950, la preocupación por los efectos masculinizantes del tratamiento, indujo a cirujanos, ginecólogos y endocrinólogos a reconsiderar el uso de andrógenos en la clínica. Las implicancias de género, sin embargo, tuvieron un impacto diferenciado en ciertos lugares de Norte y Sudamérica, especialmente en países como Estados Unidos y Argentina, donde repercutieron en la forma en que estas terapias fueron usadas en institutos líderes del cáncer. En este trabajo, propongo analizar los primeros usos clínicos de la testosterona en ambos países, los debates a que dieron lugar, como así también cómo éstos se relacionaron con el contexto cultural, político y médico en el cual los tratamientos fueron emprendidos, cuestionados o defendidos. Al resaltar las particularidades de las variaciones en las culturas médicas locales, este capítulo propone analizar cómo las percepciones de feminidad/masculinidad configuraron el tratamiento del cáncer femenino, influenciando tanto la forma en la cual las hormonas sexuales fueron prescriptas como el lugar que encontraron en la clínica.

Hormonas y cáncer de mama. Del laboratorio a la clínica

La relación entre hormonas sexuales y cáncer de mama fue primero establecida cuando un médico escocés, George Beatson, publicara en 1896 un caso de remisión en una mujer con un

cáncer avanzado de mama después de haberle extirpado los ovarios. En las décadas siguientes, estudios experimentales en animales avanzaron en el entendimiento de los mecanismos que subyacían a la conexión entre ovarios y cáncer: en Estados Unidos, Abbie Lathrop y Leo Loeb (1916) demostraron la influencia de la secreción interna de los ovarios en el crecimiento de tumores mamarios en ratas que habían sido castradas; mientras que en Francia Antoine Lacassagne (1932) estableció los efectos carcinogénicos de los estrógenos al implantarlos en glándulas mamarias de ratones machos, los que posteriormente desarrollaron tumores. Una vez que el vínculo entre estrógenos y la proliferación celular del tejido mamario fue establecido, los investigadores se concentraron en el desarrollo de agentes terapéuticos específicos, lo que fue posible una vez logrado el aislamiento de la testosterona en 1935. El fundamento principal que orientaba el uso de la testosterona para el cáncer de mama estaba basado en la idea de que las hormonas eran componentes químicos que necesitaban ser proporcionados y balanceados. La síntesis de las hormonas sexuales abrió la posibilidad de manipulación médica de los excesos hormonales – la cual ya había sido establecida mediante control quirúrgico (ovariotomía)– de manera que la influencia nociva de los estrógenos en el desarrollo del cáncer mamario podía ser contrabalanceado por la administración de la hormona contraria o antagonista. Como explicaba Alfred Loeser (1887-1962), un ginecólogo endocrino judío-alemán, quien introdujera la testosterona en la clínica:

Si asumimos que un exceso de hormona folicular [estimulante en la producción de estrógenos] puede producir no solo procesos proliferativos en la glándula mamaria sino también incluso procesos precancerosos, entonces el tratamiento con la hormona masculina como su antagonista está justificado en casos de cáncer de mama (Loeser, 1940: 481)

El primer uso clínico de la testosterona en mujeres tuvo lugar en 1937, y fue llevado a cabo en forma independiente por Loeser en su consultorio privado en Londres. Los resultados

iniciales fueron publicados en *The Lancet*, de donde sabemos que catorce mujeres fueron tratadas con propionato de testosterona (inyectable) como tratamiento para distintos desordenes menstruales y casos de mastitis crónica. Dentro de estos casos, llamó la atención de Loeser el hecho de que en pacientes con nódulos o tumores, éstos disminuyeron en tamaño o desaparecieron (Loeser 1938a). Este hallazgo le indujo a desarrollar una línea de investigación clínica centrada en el cáncer de mama y la testosterona, cuyas primeras observaciones fue publicando en las revistas médicas más influyentes de Gran Bretaña. Loeser recomendaba tratar pacientes con cáncer de mama, que habían sido sometidas a mastectomía, con “elevadas dosis de hormona masculina cada año” como forma de profilaxis (evitar la recurrencia), para lo cual presentaba el caso de dos pacientes tratadas de esta forma, por lo que consideraba que el tratamiento hormonal daba mejores resultados que la irradiación post-operatoria (Loeser, 1938b: 319). Para 1940 reporta un nuevo método de administración hormonal que es el uso de *pellets* o tabletas que se implantan bajo la piel. En este caso, además, confirma un hallazgo importante que es que el ‘tratamiento con hormona tiene un efecto inhibitorio’ evitando la recidiva de la enfermedad (Loeser, 1940: 481). Loeser llama la atención sobre la forma cómo se administra la hormona como una manera de controlar su liberación en el organismo, afirmando que el efecto de la implantación subcutánea duraba por más tiempo que el obtenido con las inyecciones. El método de dosificación se convirtió en un elemento crucial dentro de la experimentación clínica debido, primeramente, a distintos elementos fisiológicos que intervenían en el uso de hormonas, esencialmente debido a que: a) eran sustancias naturalmente producidas por el organismo; b) el mecanismo que las estabilizaba y balanceaba era desconocido; c) al igual que cualquier droga nueva, por la toxicidad y los efectos secundarios que podían inducir en el organismo.

Jean-Paul Gaudillière refiere a este proceso de manipulación hormonal en el cuerpo como “un estilo de pensamiento endocrino-molecular” que se desarrolló entre el laboratorio (bioquímico), los ginecólogos y la industria

farmacéutica (productoras de hormonas sexuales), cuyos efectos fueron la normalización del cuerpo sexual y la patologización/definición de disfunciones fisiológicas – como la menstruación, la esterilidad y la menopausia– - que comenzaron a ser tratadas clínicamente (Gaudillière 2004). La idea de ‘molecularización’ del cuerpo operado por las ciencias biomédicas es un tópico recurrente en las investigaciones de este autor, y apunta a señalar las transformaciones operadas durante la segunda post-guerra en las ciencias de la vida donde el estudio de moléculas, metabolismo y procesos químicos celulares emergen como teorías explicativas fundamentales y áreas primarias de intervención terapéutica, generando nuevas alianzas entre el laboratorio, la clínica, la industria y las políticas de investigación. Si bien Gaudillière integra detalladamente los vínculos entre industria y bioquímicos, la relación con la clínica es analizada solo en relación a casos experimentales específicos de ginecólogos-investigadores abocados al estudio de la menopausia y la progesterona. La estabilización y consolidación clínica, sin embargo, requiere de un análisis más extendido y focalizado en diversas instancias de práctica médica para entender cómo se integra y las características que adquiere el tratamiento hormonal como práctica extendida, y la medida en que esa integración se fue articulando y modelando en su trayectoria, con procesos culturales, políticos y sociales como propongo analizar en este capítulo.

Estos aspectos, por ejemplo, se manifiestan claramente cuando se analiza la manipulación clínica hormonal no solo como parte del proceso fisiológico antes mencionado sino al mismo tiempo como constructo genérico. Un aspecto controversial en relación a los ajustes de la dosis de testosterona era los efectos secundarios masculinizantes que producían los andrógenos en las mujeres: hirsutismo, bello facial, agravamiento de la voz, acné, y el engrandecimiento del clítoris. Como veremos más adelante, la virilización femenina se convirtió en un tópico fuertemente debatido en Estados Unidos al punto que actualmente los oncólogos suponen, aunque erróneamente, que en los años de 1940, a pesar de sus efectos anti-tumorígenos, los andrógenos “fueron abandonados en la terapia del cáncer de mama debido a

sus efectos secundarios” (Geisler y Lønning 2005: 2810). En los reportes de Loeser, por el contrario, los efectos masculinizantes eran observados en las pacientes, pero su relevancia era minimizada por el autor quien contribuyó a representar el uso de testosterona en las mujeres en un marco menos escandaloso. Esta actitud indiferente hacia los signos de distinción genérica puede ser observada en la forma en que Loeser establecía los lineamientos del tratamiento, recomendando repetir los implantes de testosterona toda vez que “los signos de masculinización desaparecían” (Loeser, 1941:700). Lo cual nos induce a pensar no solo en la articulación de percepciones genérico-culturales sobre las cuales la clínica médica se establece, sino también en la conformación de diferentes culturas médicas locales dentro de la medicina occidental, la que a pesar de su reclamo de validez internacional o universal y su práctica altamente estandarizada y protocolizada continúa mostrando divergencias geográficas que responden al peso relativo de sus diferentes configuraciones históricas.

Además de los aspectos virilizantes de la testosterona en la clínica ginecológica, Loeser señalaba otro efecto secundario igualmente controversial en relación al género: el incremento de la libido. Finalmente, también llamaba la atención sobre los efectos psicológicos de la droga, lo que introdujo, por primera vez en el campo de las terapias del cáncer, la consideración clínica de los “síntomas subjetivos” de las pacientes. El alivio del dolor era una de las consecuencias más notorias, pero también lo eran el impacto emocional en las pacientes, Loeser decía “todas reconocen un gran sentimiento de bienestar, un mejor ánimo, un pensamiento más claro y una gran determinación” (Loeser, 1940: 481). La Segunda Guerra Mundial, sin embargo, le impidió tener un seguimiento de sus pacientes, por lo que lamentaba que muchas habían dejado Londres antes de que pudiera terminar con sus observaciones. Pero el impacto que la hormona masculina tuvo en el tratamiento del cáncer avanzado trascendió la clínica privada de Loeser y la de algunos pocos ginecólogos ingleses² para

² Para un análisis de la recepción de las ideas de Loeser en el contexto británico Cfr. Eraso (2010b).

reclamar un lugar en el contexto internacional en donde emergió con atributos nuevos como los escenarios Norte y Sudamericano van a ilustrar.

El caso argentino. De la clínica experimental a la clínica ginecológica

Los artículos de Loeser tuvieron inmediata repercusión en clínicas argentinas, en las que tan pronto como 1942 hay reportes de estudios clínicos llevados a cabo en el Hospital de Rosario, en la Provincia de Santa Fe, por los ginecólogos Pablo Borras y Rafael Pineda, quienes presentan el caso de una paciente con cáncer de mama avanzado bilateral, con metástasis en huesos, en quien implantan testosterona como medida paliativa (*pellets*), con resultados altamente positivos:

La mejoría era realmente increíble y nos llevaba de sorpresa en sorpresa. Los nódulos pulmonares habían desaparecido, casi completamente. Las radiografías no parecían de la misma enferma, y hasta las mismas metástasis óseas evidenciaban una discreta regresión (Borras y Pineda, 1942: 804-05).

Los autores también destacaban la visible mejoría en el ánimo y el peso de la enferma, lo cual reportaban con igual entusiasmo. Lo interesante del caso argentino reside no tanto en el uso temprano del tratamiento hormonal en el cáncer, sino en la proyección internacional que adquirió el descubrimiento de hallazgos específicos del tratamiento, los que fueron fundamentales en la continuidad y legitimidad del uso de testosterona en el cáncer mamario.

Dentro del contexto internacional, Argentina como Inglaterra se destaca porque avances clínicos importantes estuvieron ligados a la suerte de otro refugiado médico, Erich Fels (1897-1981), un endocrinólogo judío-alemán que recibiera reconocimiento en círculos científicos internacionales mientras trabajaba en Breslau junto al equipo de científicos liderados por Ludwig Fraenkel, que logró sintetizar la hormona progesterona en

1934. Al igual que Loeser, Fels fue perseguido por los nazis y forzado a emigrar, registrándose, al igual que muchos de sus colegas en iguales circunstancias, en la *Sociedad para la Protección a la Ciencia y el Aprendizaje* (SPCA), una organización londinense destinada a proteger y reubicar laboralmente a científicos judíos perseguidos por el III Reich. Según los documentos personales de Fels que conserva el archivo de la SPCA, para el tiempo en que se inscribe en la misma, ya había logrado una beca por un año en el Instituto de la Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital en Buenos Aires, un puesto que fue facilitado por los contactos que Fraenkel tenía en Sudamérica, quien a su vez emigró a Uruguay (Fels, 1933-47). Fels al parecer se integró rápidamente en los círculos académicos científicos de Argentina, país donde trabajó hasta su retiro profesional.

A diferencia de Loeser, Fels pudo trabajar en su país de adopción sin restricciones profesionales, complementando su trabajo en el Instituto con la investigación clínica desarrollada en su consultorio privado en la Capital Federal. Allí estudió las respuestas clínicas de la testosterona en el cáncer avanzado, una investigación que publicó en 1944 en la revista líder en la especialidad, el *Journal of Clinical Endocrinology*. Aunque solo reporta tres casos, Fels realizó una contribución fundamental cuando pudo demostrar que en las mujeres con metástasis ósea, algo que es frecuentemente observado después de un cáncer primario de mama, la testosterona estimulaba la recalcificación de las áreas afectadas por la enfermedad. Además, observó la disminución del volumen de los nódulos supraclaviculares y de la región cervical. También observó el alivio del dolor, la disminución de los vómitos, el mejoramiento de las úlceras y otros síntomas de bienestar como la recuperación del apetito y del peso. Las repercusiones internacionales no tardaron en llegar, pero los intereses de Fels se centraron principalmente en la investigación de laboratorio, donde continuó su trabajo sumándose al Instituto de Biología y Medicina Experimental fundado por Bernardo Houssay, y en menor medida, en la clínica ginecológica.

Una segunda experiencia que se desarrolla en el caso argentino y que tiene una relevancia especial en la legitimación clínica de la testosterona para el tratamiento del cáncer se origina

en el Instituto de Medicina Experimental para el Tratamiento y el Estudio del Cáncer. La relevancia de este caso reside en el hecho de que la testosterona pasa de ser un estudio experimental que incluía un número reducido de casos, a ser un tratamiento disponible dentro de la clínica ginecológica. La iniciativa tuvo lugar en 1947 y fue desarrollada por el recientemente designado director del Instituto, Dr. Domingo Brachetto-Brian, quien era anatómo-patólogo y cirujano especialista en tumores óseos. El contexto en el cual se desarrolla la terapia en este caso está signada por los cambios trascendentales operados en la política sanitaria establecidos con el arribo del peronismo en 1946, en donde el nuevo director adapta sus ideas sobre el control del cáncer de acuerdo a los principios en salud que inauguraban una nueva era. En este sentido, es ilustrativo el título que Brachetto-Brian elige para presentar el nuevo tratamiento al cual llama “plan integral para el tratamiento del cáncer de mama” claramente emulando el famoso “Plan Analítico de Salud Pública” lanzado por Ramón Carrillo, responsable de la novel Secretaría de Salud de la Nación. Si leemos atentamente los fundamentos esgrimidos por Brachetto-Brian encontramos en ellos muchos de los idearios políticos que inspiran su diseño. Como una prolongación de la politización de las acciones en salud observadas en estos años,³ el director del Instituto selecciona un cáncer femenino “popular” para anunciar una nueva estrategia contra el cáncer que simbolice el lanzamiento de una nueva etapa institucional que a su vez representara el cierre de otra, la que fuertemente imprimiera la dirección personalista del Dr. Ángel Roffo durante los 24 años que estuvo al frente de la institución. Al igual que el recientemente sancionado sistema de salud universal, el “acceso” al tratamiento estaba garantizado “para todos” los casos o estadios de la enfermedad: para los casos operables y no operables. En este sentido, en la profilaxis, que era una gran preocupación dentro de la política de Carrillo, también ocupaba un rol significativo el evitar las recurrencias y metástasis de la enfermedad. Más de mil mujeres fueron tratadas en el marco del nuevo plan (Brachetto-Brian y Moguilevsky 1950: 16).

³ Sobre la politización de las campañas sanitarias del peronismo para erradicar enfermedades infectocontagiosas Cfr. Ramacciotti (2006), y Carter (2008).

La justificación inicial, que según Brachetto-Brian, le lleva a decidirse por este nuevo tratamiento, sugiere en principio, cuestiones prácticas dentro de lo que representan las opciones terapéuticas convencionales: la imposibilidad de usar roentgenterapia en el Instituto debido a que los equipos necesitaban reparación, lo que resultaba imposible dado las dificultades comerciales que atravesaban los países industriales durante la Pos-Guerra. Pero ciertamente las razones descansaban también en la necesidad de innovar opciones terapéuticas para un cáncer que exhibía muy pocos avances en términos de sobrevivencia. Brachetto Brian estaba entusiasmado con reemplazar la radioterapia por un tratamiento de cáncer que “vaya más allá de la rutina clásica” de la cirugía y los rayos, y su atención exclusiva al tumor y sus metástasis. Señala que un enfoque en el “desequilibrio hormonal” concomitante al proceso canceroso había sido hasta entonces descuidado, y que por lo tanto, un tratamiento más en conexión con la “biología del cáncer” era necesario. Esto lleva al director del Instituto a iniciar la terapia hormonal como “tratamiento de fondo” más que de “excepción”. El mismo estaba destinado a mujeres con casos operables, y consistía en la mastectomía radical u operación de Halsted ampliada (extirpación linfoganglionar y clavicular) junto a la ovariectomía, seguido de la administración de testosterona en la forma de *pellets* o inyecciones. El “tratamiento paliativo”, en cambio, estaba reservado para casos inoperables, con metástasis en huesos (Brachetto Brian 1949: 48-51).

En lo que respecta a la cuestión de género, en relación a la percepción de los conocidos efectos secundarios de virilización que generaba la droga, ocupaba en este caso un lugar indudablemente secundario frente al potencial beneficio que reportaba el tratamiento en el desarrollo futuro de la enfermedad. Más aun, al igual que lo señalado por Loeser en la controvertida cuestión de la dosis apropiada de la droga a ser administrada, la virilización observada en las pacientes antes que un límite genérico que llevaría a disminuir la dosis para controlar los efectos indeseados, operaba como un indicador biológico cuya existencia asegura el buen curso del tratamiento. Al respecto afirmaba:

Es conveniente obtener una moderada virilización, pues es el mejor indicador de la saturación hormonal masculina. Es nuestra hipótesis que el tratamiento hormonal pueda ser capaz de modificar el terreno y hacerlo menos propicio a la recidiva, al cáncer bilateral y a la siembra a distancia (Brachetto Brian, 1949: 52).

En relación al estado subjetivo de las pacientes, reportaba un 30% de mejoramiento temporario en las mismas, y afirmaba que “en todos los casos donde se observa mejoría es notable el beneficio del estado general y, sin duda, se prolonga la vida en condiciones más aceptables” (Brachetto Brian, 1949: 53). El autor planeaba un reporte a los cinco años, el que sin embargo nunca llegó a publicar debido a que el Instituto fue nuevamente intervenido en 1952, alejándose Brachetto-Brian de la institución. La ausencia de referencias al tratamiento en los *Anales del Instituto de Medicina Experimental* en los años siguientes indicaría que el tratamiento fue interrumpido.

Los desarrollos en el Instituto del Cáncer en Buenos Aires, especialmente en lo que respecta al cáncer ginecológico, solo representan una parte de la historia en la lucha contra el cáncer femenino en Argentina. Los servicios y clínicas ginecológicas de las Facultades de Medicina de las universidades del país, emergieron como espacios especializados que ganaron un lugar exclusivo en la oncología como especialidad médica. Sus características, como espacios innovadores, de formación de escuelas y sub-especialidades médicas de alto desarrollo corporativo-profesional, en parte precedieron a la creación del Instituto del Cáncer pero en gran medida también fueron modelados como reacción a los intentos centralizadores del Instituto durante la gestión de Roffo. Un claro ejemplo en este sentido lo constituye el hecho de que la “ginecológica oncológica” es hoy la única subespecialidad médica dentro del campo de la oncología, un rasgo peculiar que dentro de la configuración de las especialidades médicas relacionadas a la enfermedad en países industrializados se observa solo en Suecia, lo que indica un recorte inusual dentro del área de la clínica oncológica.

En 1947 el Dr. Normando Arenas, Jefe de la Sala III (clínica ginecológica) del Hospital Torcuato de Alvear en Buenos Aires, y el Médico Agregado Hugo Bottaro presentaron una síntesis internacional de los estudios experimentales desarrollados con el uso de andrógenos en el tratamiento del cáncer de mama, al que complementaron con la presentación de tres casos de casuística propia. Los autores concluyen que la testosterona a dosis superiores a 50 mg semanales, tiene una acción positiva en tanto reduce el tiempo de aparición de las metástasis y puede hacerlas regresar, incluida la lesión primaria, aunque aclaran, la droga no actúa sobre la evolución final de la enfermedad. La acción analgésica, concluyen, es evidente, lo cual refleja la valoración clínica de los “síntomas subjetivos” de las pacientes que la droga facilitaba en estados avanzados de la enfermedad. Es de destacar también tanto la escasa mención como la referencia trivial cuando señalan los efectos masculinizantes que en los autores estadounidenses revisados en su reporte generaban considerable ansiedad y discusión. Comentando sobre Antonio Prudente, un ginecólogo de San Pablo que introduce el tratamiento con testosterona en Brasil con óptimos resultados terapéuticos, Arenas y Bottaro afirmaban: “el único inconveniente, sin importancia desde luego, es la virilización que se presenta en el 50% de los casos” (Arenas y Bottaro, 1947: 246).

Otro caso ilustrativo de la forma en que la hormona sexual masculina fue adoptada en la clínica ginecológica argentina lo ofrece la Sala 8 del Hospital Fernández, donde funcionaba la 2da Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires, y en la que su Profesor titular, Edmundo Murray, presentaba detalles de sus resultados clínicos y proponía recomendaciones para la terapia androgénica en la mujer. Las adscripciones institucionales de Murray, quien en 1947 co-fundara la Sociedad Argentina de Cancerología y organizara el Primer Congreso Mundial de Esterilidad y Fertilidad (1954) y posteriormente su organización como Asociación (1958), indican la ubicación dual de un grupo importante de ginecólogos volcados a la endocrinología (más que a la cirugía) en quienes las hormonas abren un campo de trabajo vasto que va desde el tratamiento del cáncer a la reproducción femenina. En 1954, Murray es

convocado como especialista a participar de una reunión conjunta de la Sociedad de Endocrinología y Enfermedades de la Nutrición y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires con el objeto de analizar el tema “Androgenoterapia en la Mujer”. En su trabajo, Murray refería a una práctica clínica de la testosterona a la que presentaba como vasta y extendida, dando cuenta de una amplia experiencia personal, aunque comenzaba reconociendo las controversias que la hormona masculina generaba, sobre todo en la literatura médica internacional, en los médicos especialistas en “enfermedades de señoras”. Murray recordaba la “franca resistencia” en los comienzos de la terapia androgénica debido a la acción antagónica frente a la hormona femenina, considerada como “defeminización”, y a la posibilidad de inducir modificaciones viriles irreversibles, proceso denominado “masculinización”.

Tales argumentos fueron desechados en virtud de que la mujer es asimismo una fuente de producción de andrógenos sin interferir por ello con su feminidad. La limitación en la dosificación y el uso apropiado de la hormona masculina la convierte en un eficaz agente terapéutico, cuyas ventajas son aprovechadas en la práctica ginecológica desde hace 15 años (Murray, 1954: 556).

Estas referencias resultan interesantes, porque aunque Murray no lo especifique, deben inscribirse en los debates generados en EEUU, más que en Argentina, los que veremos en detalle más adelante, y a los que Murray, de familia irlandesa y conocedor de la lengua inglesa, podía interpretar con elaborado espíritu crítico al que sumaba, sin dudas, experiencia práctica. Es instructivo observar esta influencia de los debates norteamericanos, los que revelan a su vez un marco de consolidación de la medicina estadounidense sobre la medicina latinoamericana en la segunda post-guerra, en la forma detallada en que Murray atiende a las denominadas “consecuencias indeseadas” y la concomitante obsesión generada en torno a la dosificación. Entre ellas enumera seis (acne; leucorrea; congestión

vulvar y modificaciones en la libido; hipertricosis; hipertrofia del clítoris; modificaciones de la voz), y en cada una específica la dosis mínima ante la cual se manifestaba cada uno de los efectos antes enumerados. A las tres primeras las considera de carácter “defeminizante”, mientras que a las tres últimas las juzga como efectos “virilizantes”. La especificación detallada y la atención pormenorizada a los efectos secundarios, sin embargo, no se corresponde con la amplia utilización de los andrógenos ni en las indicaciones casi exageradas que reserva para su aplicación: “Su empleo tiene indicaciones en toda la extensión de la vida de una mujer desde sus primeras horas hasta la vejez” (Murray, 1954: 557), incluido aquél que las utiliza para combatir la frigidez. Esto último ejemplifica de alguna manera el poco valor atribuido a las “consecuencia indeseadas”, a saber, “la congestión vulvar y las modificaciones en la libido” y sus supuestas asociaciones “defeminizantes” cuando en la práctica Murray la aplica como tratamiento terapéutico de aquellas mujeres que han perdido el deseo sexual. Quizás llame la atención incluso el tratamiento temprano de la frigidez cuando presenta sus casos clínicos en setenta y seis mujeres a las que con satisfacción profesional manifiesta haberles tratado. Ahondar en este uso específico de la testosterona en la disfunción sexual de las mujeres escaparía el objeto de estudio de este capítulo, pero su percepción en los médicos es indicativa de las diferentes inscripciones culturales en donde su uso se estableció en la clínica, incluida la oncológica. Desde luego, en los múltiples usos que Murray encuentra en la hormona masculina, el cáncer de mama avanzado también encuentra indicación, la que es similar a la expresada por sus colegas en cuanto a los componentes paliativos, de mejoría del estado general, como controlador de las metástasis óseas, asignándole un uso inmediato, posterior a la cirugía, como tratamiento profiláctico (Murray1954: 559).

El caso norteamericano, de la clínica ginecológica al ensayo clínico

La introducción de los andrógenos en la clínica ginecológica estadounidense a principios de los años de 1940 fue un proceso que estuvo acompañado de agudas críticas que prefiguraron la forma en que su uso fuera adoptado en la clínica oncológica. Las repercusiones de estos debates y sus consecuencias cobran relevancia en el contexto norteamericano por la influencia y repercusiones que tendrán posteriormente en Latinoamérica los que, como anticipara en el caso de Murray en Argentina, comienzan a percibirse en las categorizaciones de los efectos secundarios y en la concomitante preocupación por la dosificación. Sin dudas los tratamientos con hormonas sexuales generaban ansiedades genéricas en muchos ginecólogos, y en especialistas influyentes, como el Dr. Edwin Hamblen del *Duke University Hospital*, quien originó un resonante debate en el *Journal of Clinical Endocrinology* en 1942 cuando enviara una carta al editor de la revista en la que expresaba con alarma y lenguaje abrasivo una aguda condena al uso de andrógenos en la práctica ginecológica. Hamblen denunciaba que el uso extendido de la hormona masculina en las afecciones femeninas no había sido lo suficientemente condenado por sus pares, lo que representaba un “ejemplo deplorable de un empiricismo altamente peligroso”. La carta apuntaba a la industria farmacéutica, y a sus intereses comerciales cuyos embates, los médicos se sentían imposibilitados de resistir, “victimizando a la mujer” y arriesgando la aparición de “signos pseudohermafroditas” y “graves secuelas virilizantes” en su cuerpo y psiquis, cuando los estrógenos podían igualmente o incluso mejor controlar las mismas afecciones (Hamblen 1942: 575). Las complicaciones más serias de la terapia androgénica en las mujeres eran

la cosmética y la mutilación sexual que podía producir. Cualquier clínico practicando ginecológica endocrina ve mucho más mujeres velludas que las que puede depilar, en realidad, muchas más de las que sinceramente puede ofrecer

alguna esperanza terapéutica (Hamblen, 1942: 575).

Es sugestivo que Hamblen llegara incluso a cuestionar los beneficios de la ginecología endocrina y su promoción del tratamiento conservador en relación a la cirugía mutilante al concluir que esta última resultaba “mucho más conservadora que la mutilación hormonal contrasexual de la mujer” (Hamblen, 1942: 575). La respuesta a Hamblen, llegó primeramente de un conocido especialista e investigador en ginecología endocrina de la Universidad de Georgia, Robert Greenblatt, quien responde a su colega en forma conciliadora pero, a la vez, convincente, preguntándose si eran los andrógenos contra-sexuales (virilizantes), y si intercedían negativamente en la fisiología del ovario, impidiendo la ovulación (defeminizantes). A lo primero, Greenblatt respondía que los andrógenos eran hormonas producidas por los dos sexos, se encontraban tanto en la orina de mujeres como en la de hombres; en relación a lo segundo, sostenía que tanto los estrógenos como los andrógenos administrados en dosis masivas tenían un efecto anulador en los ovarios (al actuar sobre la hipófisis la que a su vez inhibía la hormona folículo-estimulante) interrumpiendo así el ciclo ovular. Para Greenblatt la cuestión residía en la dosificación y no en el hecho fisiológico en sí desencadenado por la hormona. Para entonces, la utilización clínica de la hormona masculina parece extendida, si tenemos en cuenta los casos que enumera Greenblatt, los que solo aluden a los mejores resultados obtenidos en comparación con el uso de estrógenos: menopausia, mastitis crónica, dismenorrea, fibromiomas, incontinencia urinaria nocturna, y frigidez. Según aseguraba, con dosis que no excedieran los 200 mg mensuales, el clínico no debía temer los efectos indeseables. Al debate se sumaron otros ginecólogos que veían en el uso no abusivo de la droga una terapéutica efectiva, y sobre todo resaltaban el carácter reversible y transitorio de los efectos masculinizantes una vez que el tratamiento era discontinuo. Sin embargo, el malestar que generaba la introducción de tratamientos “contra-sexuales” puede observarse en la mayoría de los reportes clínicos de la época, los que se caracterizan por tabular y graficar los resultados estadísticos de los efectos masculinizantes. Tal el caso de investigadores como

Samuel Geist, quien reportaba sus casos clínicos midiendo el grado de recuperación de la voz de acuerdo a la dosis de testosterona aplicada, entre aquellas mujeres que lo hacían en forma moderada, completa, o permanecían con una ligera secuela. (Geist 1941: 160)

El tópico de la virilización en las mujeres, especialmente en su forma pública, visible como el hirsutismo, era recurrente en la literatura médica norteamericana, y colocaba a los endocrinólogos en una situación de “desconcierto”, como expresara una editorial, una vez que sus causas no eran atribuibles a patologías conocidas, como era el caso del arrenoblastoma, un tumor en los adrenales que producía síntomas masculinos severos pero que desaparecían una vez que era extirpado. El fenómeno conocido peyorativa y popularmente como la “mujer barbuda”, figura relacionada a lo monstruoso y que era explotada en los shows de curiosidades, crecía en la cultura norteamericana de los años de 1940 en su aversión al vello corporal, un fenómeno que era estimulado, por un lado, por el prototipo de la mujer moderna basado en la estética de las estrellas de cine hollywoodense, y por el otro, por la naciente industria cosmética y la consolidación profesional de los especialistas en belleza. Esta cultura corporal encontraba en la otra, la del “cuerpo hormonal” un espacio de promesas correctivas que los especialistas no siempre podían satisfacer, colocándolos en una posición afligente, como en este caso, debido a su incapacidad de ofrecer tratamiento médico alguno –más que el agua oxigenada y la depilación– mientras veían con resentimiento el “negocio interminable” de la electrolisis a la que juzgaban peligrosa. Llama la atención la insistencia con que los especialistas refirieron al número creciente de consultas femeninas como a un fenómeno común, al que al mismo tiempo, ellos contribuían a consolidar, i.e. patologizar, en su total empatía con los sentimientos femeninos, más que en su apreciación del hirsutismo como un rasgo normal que afectaba por igual, como ellos mismos reconocían, a las mujeres anglosajonas y arias.

El bigote y la barba vergonzosa con excesivo crecimiento del pelo en otras partes del torso y las extremidades ocurre mucho más frecuentemente de lo que generalmente se supone en mujeres

jóvenes y adultas. Constituye una aflicción angustiante, a menudo un tormento deprimente y una tristeza de por vida (Editorial 1943: 426).

Esta ubicación ambigua y controversial de los andrógenos dentro del arsenal terapéutico de la endocrinología en el país del Norte, imprimirá la forma en que su uso va a ser recibido en la clínica oncológica, un espacio donde la preocupación por la feminidad converge con el de la prolongación de la vida en condiciones más tolerables, donde los “síntomas subjetivos” compiten con las “consecuencias indeseables” de la terapéutica.

Los hallazgos de Fels en Buenos Aires tuvieron una influencia decisiva en el trabajo de un equipo médico liderado por el cirujano Frank Adair (1887-1981), quien trabajaba en una institución líder en cáncer como era el *Memorial Hospital* en Nueva York. Adair adquirió una reputación legendaria por haber realizado el mayor número de mastectomías de su tiempo (Lerner 2003). Además de sus cualidades como cirujano, su presencia destacada en el área del cáncer provenía de sus habilidades como lobbista de filántropos y parlamentarios en Washington, lo que lo convirtió en una figura clave dentro de las esferas públicas y privadas de la lucha contra el cáncer en Norteamérica. En 1945 la principal organización filantrópica destinada a combatir la enfermedad, la *American Society for the Control of Cancer*, fue testigo de una importante restructuración institucional, siendo Adair instrumental en este proceso al incorporar un grupo influyente de filántropos como miembros activos del cuerpo ejecutivo de la Sociedad. Esta última fue rebautizada como *American Cancer Society* (ACS), y Adair fue designado presidente. La institución rápidamente experimentó una expansión sin precedentes, como lo demuestran el incremento de sus presupuestos –en su mayoría donaciones– en esos años.⁴ Además de esta expansión sin precedentes, en 1945 el *Memorial Hospital* recibió una importante suma para crear el *Sloan-Kettering Institute* (SKI) para la investigación en cáncer gracias a una donación de ex-ejecutivos de la General Motors: Alfred P. Sloan y Charles F. Kettering.

⁴ \$372,000: 1944; \$ 4 millones: 1945; \$10 millones: 1946 (Holleb 1982: 240).

Destinado a avanzar en la investigación biomédica en cáncer, la SKI desarrolló, bajo la dirección de Adair, una clínica especial para el cáncer de mama, “la que en los años 40’ se convirtió en prototipo de los futuros ensayos clínicos terapéuticos [clinical trials]” destinados al estudio de las hormonas y el cáncer mamario (Holleb 1982: 240). Este nuevo escenario médico se dio en un contexto donde se observa la conjunción de una serie de factores interrelacionados que subyacen al desarrollo del complejo biomédico Norteamericano que prosiguió a la Segunda Guerra Mundial. Por un lado, los fuertes vínculos entre la sala de hospital y la investigación experimental; por el otro, el rol de la filantropía privada, las organizaciones voluntarias en salud, la industria farmacéutica, junto al debate a nivel federal y la concientización pública de enfermedades como el cáncer que emerge como la enfermedad más importante a controlar (Gaudillière 2002: 395).

Adair, un gran entusiasta de la cirugía extensa de la mama en la forma de mastectomía radical, estaba sin embargo interesado en el uso de la testosterona para los casos avanzados de la enfermedad. En un análisis retrospectivo sobre esta terapéutica, Adair refiere al hecho de que los investigadores británicos eran pioneros en el uso de estrógenos para el tratamiento del cáncer de mama, y a quienes consideraba con el potencial de ofrecer “conclusiones vitales” en esta línea de investigación (Adair, 1949). En este sentido, parece plausible que el conocido cirujano prefiriera avanzar la investigación en una área prometedora, aunque menos explorada, como era el caso de la testosterona. En lo que ratifica la contribución argentina en esta área, Adair manifiesta estar interesado en seguir experimentando con los hallazgos de Fels en Buenos Aires sobre la recalcificación de las metástasis óseas, ya que ofrecía grandes posibilidades para el tratamiento paliativo, sin por ello, podemos especular, constituir un tratamiento alternativo a la cirugía. Basándose en experimentos clínicos anteriores, piensa que las posibilidades de la terapia podían ser mejoradas al incrementarse las dosis, por lo que propone comenzar con 200 mg diariamente y luego variar las cantidades en el tiempo. En 1946 reporta sus resultados en once casos, en los que observa un mejoramiento importante en cuatro mujeres (uno con regresión de la lesión primaria, y tres con

recalcificación). Encabezando sus comentarios, aseguraba que “los esperados efectos masculinizantes, hirsutismo y el agravamiento de la voz, fueron encontrados”; haciendo referencia también a otros efectos secundarios como la interrupción de la menstruación y el incremento de la libido (Adair y Hermann 1946).

Dado su lugar destacado como presidente de la ACS, Adair estaba en una posición influyente para dar ímpetu y emprender institucionalmente la investigación clínica en esta área, cuyos resultados, por otro lado, atraería la atención de los expertos de los principales centros mundiales. Sus experimentos clínicos iniciales llevaron a la creación de un Comité de Esteroides y Cáncer dentro de la Asociación Médica Norteamericana, quien a través del Consejo de Farmacia y Química⁵ organizó en 1947 el primer prototipo de *clinical trial* (ensayo clínico) en hormonas y cáncer que se conoce en el mundo, conformado por cuarenta y un hospitales y centros de cáncer del país, con el objeto de evaluar la eficacia de los estrógenos y la testosterona en los casos avanzados de cáncer de mama. Al respecto, es importante considerar que fue el espectacular crecimiento en estos años de la investigación en biomedicina y en especial en cáncer, sumado a la movilización privada y estatal para controlar la enfermedad, lo que llevó a cabo la transición en el uso de la testosterona de la clínica experimental a un ensayo clínico controlado y coordinado a través del testeo simultáneo en centros múltiples. Los historiadores de la medicina, Peter Keating y Alberto Cambrosio sostienen que los ensayos clínicos en el cáncer constituyen un nuevo estilo de práctica científica médica en la que más que la imposición de un orden nuevo sobre una práctica no-protocolizada, estos “generan formas específicas de identificar e investigar problemas, de producir y valorar resultados y de regular actividades” (Keating y Cambrosio, 2007: 199). Su irrupción en la medicina de mediados del siglo XX,

⁵ El Consejo estaba compuesto de médicos clínicos y farmacéuticos de las escuelas de medicina a lo largo del país; y tenían a su cargo la evaluación de la eficacia sobre toda droga nueva. Tenían una influencia reguladora sobre el laboratorio y el mercado dado que sus conclusiones eran luego circuladas a los médicos clínicos con una valoración acerca de la eficacia de los nuevos productos.

significó la racionalización de las prácticas médicas, hasta entonces sustentada en la clínica y la estadística, y constituyen hoy el *gold standard* de la denominada “medicina basada en la evidencia”.

Por lo que desde entonces representan las conclusiones de los ensayos clínicos en términos de validez y de práctica legitimada, es fundamental revisar sus elementos constitutivos, que desde luego, no son neutros en su valoración y elección de las variables que serán sujetas a evaluación. En el caso que nos ocupa, del análisis de aquellas resulta evidente los diferentes principios sobre los cuales la eficacia de las hormonas sexuales iban a ser testeados en la clínica: los estrógenos fueron evaluados principalmente en términos de calidad —con el objeto de identificar cuál era más efectivo dentro de las seis variedades de drogas disponibles—, en tanto que la testosterona fue testada en relación a la cantidad —a los efectos de establecer una dosis óptima que amalgamara resultados subjetivos y objetivos, a través de la prueba de cuatro dosis diferentes (Council on Pharmacy and Chemistry 1949: 1214). Así, mientras la primera variable sugiere la aceptación de los estrógenos en la clínica, la segunda, confirma, en el contexto norteamericano, la importancia otorgada al problema de los “efectos masculinizantes” medidos a través de la dosificación. Además, cabe mencionar el lugar a priori secundario de la terapia hormonal dentro de los tratamientos ya que su eficacia era evaluada solo en los casos de cáncer de mama avanzado, y en pacientes en las que la cirugía y la radioterapia no eran recomendadas. Desde la perspectiva de los principios organizadores del ensayo clínico, las conclusiones a las que arribaron dejaban poco lugar a la sorpresa en tanto legitimaba un uso restringido en la clínica: por un lado, la testosterona fue recomendada en pacientes de cualquier edad con metástasis en huesos, mientras los estrógenos fueron utilizados en pacientes mayores de sesenta años con lesiones en órganos y tejidos blandos. Sin embargo, establecían que la castración quirúrgica debía ser preferida a la intervención hormonal con testosterona; se fijaba una dosis (50 mg tres veces por semana hasta llegar a 3.0 mg en un lapso de tres meses) en un intento por regular y equilibrar síntomas subjetivos y objetivos, más que la adecuación a la

fisiología de cada paciente. Finalmente, se hacía hincapie en los efectos indeseables:

Las largas dosis de testosterona empleada frecuentemente provocan efectos secundarios desagradables, los más comunes son aquellos relacionados a la acción masculinizante de esta hormona: hirsutismo y agravamiento de la voz (Council on Pharmacy and Chemistry 1951: 475).

La clara preferencia por los métodos quirúrgicos que el ensayo clínico del Comité Esteroides y Cáncer establecía, debe interpretarse como influenciado por dos contextos diferentes dentro de la clínica ginecológica norteamericana. El primero, al cual he hecho referencia, refiere a los usos de la testosterona para tratar una serie de enfermedades propias de la fisiología de los órganos femeninos que incluía desde las hemorragias funcionales, a la frigidez. Allí se desarrolló una fuerte crítica a los efectos masculinizantes que serán luego trasladados a los centros especializados en cáncer de mama. Como demuestran los reportes acerca de las propiedades terapéuticas en el cáncer de mama avanzado, incluido el *clinical trial* antes comentado, la aversión a los efectos masculinizantes al que muchos especialistas incluido Adair creían “irreversibles”, obligan a determinar una dosis en un punto donde se combinaba un resultado objetivo y subjetivo positivo (alivio del dolor, bienestar general) con el umbral de la masculinización (voz grave, vello). Pero esto es sólo una parte importante en su delimitación.

Los especialistas y centros destinados al cáncer de mama, a su vez, proveen su propio contexto a la terapéutica hormonal, el que debe ser entendido dentro las configuraciones particulares de la formación de especialidades médicas del cáncer en cada país, y de las tensiones que operan entre las mismas en determinados momentos históricos. En el caso norteamericano, por ejemplo, no es casual que el ingreso de la terapia hormonal lo haga de la mano de un eximio cirujano, en vez de endocrinólogos, como es el caso de Loeser en Inglaterra y Fels y otros en Argentina. La configuración de servicios médicos para el tratamiento del cáncer en Estados Unidos constituía un campo dominado por la cirugía,

al menos hasta los años de 1970 en que la quimioterapia y la radioterapia emergen como tratamientos complementarios. Por el contrario, en Francia e Inglaterra, desde la creación de los primeros servicios especializados en la enfermedad en los años de 1920, la cirugía y la radioterapia se afianzaron como tratamientos alternativos del cáncer. Barron Lerner (2003) ha demostrado cómo el tratamiento del cáncer de mama en Norteamérica en los años de 1940 y 1950 epitomizaba la cirugía heroica, especialmente en centros líderes como el *Columbia Presbyterian Medical Center* o el *SKI-Memorial Hospital* en Nueva York donde, como vimos, sus especialistas dirigían la principal institución destinada al cáncer en el país (ACS). Las principales figuras de ambos centros médicos promovieron, en los años que siguieron a la Segunda Pos-Guerra, el desarrollo de la cirugía radical y extensa de la mama a través de dos aditamentos complementarios: Cushman Haagensen en Columbia, se especializó en la cirugía de Halsted, desarrollando una técnica quirúrgica a la que acompañó en sus escritos y demostraciones prácticas de elementos rituales y estéticos. En tanto que Adair en Nueva York, suministraba las estadísticas que respaldaban el tratamiento con mastectomías radicales en oposición al tratamiento con radioterapia. Mientras el primero aportaba distinción en el arte quirúrgico, el segundo contribuía el rigor científico de una medicina que empezaba a moldearse en la lógica de los *clinical trials*, la bioestadística, y la medicina basada en la evidencia como nuevo estilo de práctica médica. Como hemos visto, es en este momento de fervor halstediano, del cual Adair forma parte, cuando él decide experimentar con las hormonas sexuales en la clínica oncológica. Desde esta perspectiva, no es de extrañar que su ingreso se articule en la clínica oncológica y que luego los tratamientos hormonales ocupen un lugar accesorio y subordinado al de las intervenciones radicales, la castración quirúrgica, o incluso a la radioterapia.

En este punto es importante retomar las discusiones del orden del género que estimulan estas modalidades clínicas de las hormonas, sobre todo la masculina, en la obsesiva preocupación, valoración y cuestionamiento sobre los efectos secundarios que tendrán en las mujeres con cáncer avanzado. Contrastar aquella valoración hormonal con los efectos secundarios de la

mastectomía halstediana, puede resultar ilustrativo. La literatura médica tanto norteamericana como latinoamericana o europea, no cuestionaba o problematizaba las condiciones post-operatorias de las mujeres sometidas a mastectomías, ni tampoco las tratadas con radiaciones de la mama. La inmovilización del brazo, donde la mama había sido extirpada, y el edema eran afecciones comunes que seguían a las intervenciones quirúrgicas. Más importante aún, tampoco eran reflejadas en los reportes médicos los efectos subjetivos, psicológicos, emocionales generados en las pacientes a quienes se le amputaba la mama, las desfiguraciones grotescas que dejaban las cirugías amplias en bloc, o las cicatrices que dejaba en el pecho la radiación. Paradójicamente, la “defeminización” que la ausencia de la mama así revelaba, y que tanto preocupaba a quienes usaban testosterona, no encontraba correlato en la cirugía. De acuerdo a David Cantor, en su estudio pormenorizado sobre las campañas del cáncer de mama en Estados Unidos, señala que las mismas no proveían información a las mujeres sobre qué sucedía entre la intervención y el proceso de recuperación, cómo sería la convalecencia, ni cuáles serían las implicancias físicas y psicológicas que seguirían a tales operaciones (Cantor, 2009). Al mismo tiempo, en relación a la testosterona, cabe señalar que en los numerosos artículos aquí revisados en los que se reportaban casos clínicos, la constante referencia a los efectos secundarios de la droga nunca aparecía como un malestar expresado por las propias pacientes, sino como una valoración o entendimiento que dependía de la discreción o criterio del médico.

La fuerte orientación quirúrgica de la medicina del cáncer observada en Estados Unidos imprimirá en los años de 1950 una preferencia por el control quirúrgico endocrino sobre el hormonal, llevando a desarrollar en pacientes con metástasis, intervenciones súper radicales que incluían la extirpación no solo de los ovarios, sino también de otras glándulas productoras de estrógenos como las adrenales, localizadas en la parte superior de los riñones, y la pituitaria cercana al cerebro. La denominada adrenalectomía bilateral, desarrollada por Huggins en 1952, fue aplicada para cánceres avanzados de mama y próstata, una cirugía considerada compleja y de elevada mortalidad, que en Argentina no llegó a constituirse en un tratamiento clínico extendido. La

intensidad que adquirió la cirugía endocrina, sin embargo, no debe considerarse un fenómeno anglosajón. En lo que serían los inicios de la medicina paliativa a mediados de los años de 1950, médicos británicos alertaban sobre los complicados procesos postoperatorios de tales intervenciones, reclamando de sus promotores que “La prolongación de la vida no es el único objetivo del tratamiento; una vida tolerable debiera serlo. Es mejor estar completamente vivo por un mes que apenas vivo por dos” (Asher 1955: 377). En este sentido también deben inscribirse las afirmaciones de aquellos médicos que respondían a sus pares norteamericanos sobre la tan discutida cuestión de los efectos virilizantes de la testosterona en las mujeres con cáncer avanzado. Uno de ellos respondía en forma aproblemática y con visión pragmática: “La considerable virilización causada por las grandes dosis de andrógenos es quizás no tan importante. Afeitándose con una afeitadora eléctrica mantendrá una apariencia presentable” (Foss 1956: 655).

Consideraciones finales

El estudio de las hormonas sexuales y su conceptualización médica como “mensajeras químicas” emanando de una sola glándula para transmitir información física y emocional específica a cada sexo, ha sido evaluada y contestada desde distintas perspectivas académicas las que han resaltado la forma en que la clínica médica ha naturalizado el dualismo sexual y las hormonas sexuales como la esencia de la feminidad y la masculinidad.

La historia de las hormonas sexuales en la clínica ha sido interpretada “como dos entidades separadas: las hormonas sexuales masculinas como nuevas drogas especialmente para los hombres” y las “hormonas sexuales femeninas como una nueva terapia para las mujeres” (Oudshoorn 1994: 107). Este capítulo ha intentado señalar que tal dicotomía merece ser reconsiderada, toda vez que la hormona sexual masculina encontró un lugar no solo en la clínica masculina sino también en la clínica femenina para tratar diferentes afecciones ginecológicas, y específicamente, para tratar el cáncer de mama. De la misma manera, y con respecto a

esta enfermedad, la idea de que la testosterona no se extendió o no fue adoptada como tratamiento debido al rechazo de sus efectos masculinizantes en las pacientes parece injustificada. Hemos visto que los especialistas percibieron la virilización de distintas formas, como lo demuestran las disparidades observadas en las apreciaciones sobre sus efectos: para algunos, la masculinización era comprendida como “efectos indeseados”, para otros como “efectos generales”, y para otros era algo sin importancia.

La disparidad observada en el contexto norte y sudamericano nos lleva primeramente a enfatizar la idea de que las prácticas médicas, especialmente los tratamientos del cáncer, difieren espacialmente debido a las diferentes configuraciones históricas de las especialidades médicas que lo constituyen. Esto parece menos evidente en un contexto donde la medicina occidental, particularmente desde el desarrollo de la biomedicina, ha tendido a universalizar y estandarizar la terapéutica a través de la medicina basada en la evidencia, y las estadísticas y protocolos médicos que reclaman validez internacional.

Médicos operando en distintos contextos sociales, políticos y culturales le fueron otorgaron distinción al uso clínico de la testosterona, desde los trabajos pioneros de Loeser en Inglaterra, y su tenacidad en demostrar el rol de la testosterona como un agente anti-tumoral en un momento en que los investigadores británicos estaban avocados al estudio de los estrógenos, hasta el momento de su estandarización en Estados Unidos. En su transcurso, las contribuciones argentinas, como las norteamericanas fueron instrumentales en tanto le dieron continuidad, características diferenciadas y viabilidad al tratamiento. Desde Buenos Aires, Fels pudo descubrir una propiedad fundamental de la testosterona: la recalcificación de las metástasis óseas, lo que le aseguró a su vez continuidad dentro de la clínica experimental. El Instituto del Cáncer, por su parte, le otorgó visibilidad al tratamiento al convertirlo en una terapia disponible en la clínica oncológica, gracias a un contexto que articuló políticamente innovación en las terapias de cáncer con nociones de “acceso” al tratamiento y “profilaxia” de la enfermedad. La expansión sin precedentes de la investigación en

cáncer en el contexto norteamericano post-1945 le dio al uso de la testosterona otra variación local, que fue resultado de su inserción dentro del nuevo orden epistémico creado por los *clinical trials*. La estandarización y regulación de su práctica clínica le reservó un espacio subordinado a las otras terapias, sobre todo a la cirugía, en un contexto donde la mastectomía radical dominaba en el tratamiento del cáncer de mama.

La obsesiva atención a los efectos masculinizantes de la droga, una peculiaridad que es específicamente norteamericana más que anglosajona, debe interpretarse como informada por dos tendencias diferenciadas: la clara orientación quirúrgica de la medicina del cáncer, y la impronta de género subyacente a la percepción de las hormonas sexuales como sustancias químicas portadoras de la feminidad y la masculinidad. La disconformidad manifiesta de algunos médicos frente a los denominados tratamientos “contra-sexuales” y el temor a sus secuelas irreversibles en los cuerpos femeninos, fue contestada por otros, quienes veían en las mejoras objetivas y subjetivas de las pacientes una justificación para su uso en dosis controladas. Los tratamientos endocrinos continúan siendo controversiales, incluido su posibilidad tanto para controlar el cáncer –en pacientes con receptores hormonales positivos–, como para estimularlo –tratamiento de remplazo hormonal (TRH) en la menopausia. Sus promotores y detractores alcanzan también a los movimientos de salud feministas quienes han actuado, en el caso del TRH desde perspectivas opuestas: mientras en EEUU su gran difusión en la clínica fue criticada como un aspecto de la medicalización del cuerpo femenino, en Francia la reticencia de los médicos a recetarla simbolizaba, para las feministas, la indiferencia del poder médico frente a un tratamiento que ofrecía bienestar a las mujeres (Löwy y Weisz 2005). Estas posiciones encontradas no debieran sorprendernos. Ni los movimientos feministas ni la profesión médica actúan de forma homogénea o uniforme, ni tampoco la rigurosidad científica de los ensayos clínicos, como vimos con la testosterona, puede prescindir de la influencia del medio genérico-cultural y los intereses de las especialidades médicas que presiden sobre su organización. El recorrido espacial norte-sur en las Américas permite entonces

considerar que toda visión uniforme o universalizante sobre el lugar que ocuparon las hormonas sexuales, sus interpretaciones y sus múltiples inserciones clínicas, debe ser cuidadosamente examinada.

Bibliografía

- Adair, Frank y Herrmann, Julian (1946). "The use of testosterone propionate in the treatment of advanced carcinoma of the breast". *Annals of Surgery*, 123(6), 1023-1035.
- Adair, Frank (1949). "The Use of Irradiation, Surgery and Hormones in Breast Cancer". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 42(7), 468-474.
- Arenas, Normando y Bottaro, Hugo (1947). "Cáncer de mama y andrógenos". *Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas*, Vol. 5, 243-249.
- Asher, Richard. (1955). "The Management of Advanced Cancer" en *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 48(5), 376-377.
- Beatson, George T. (1896). "On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: Suggestions for a new method of treatment, with illustrated cases". *The Lancet*, 2, 104-107.
- Borras, Pablo y Pineda, Rafael (1942). "El cáncer de mama y tratamiento con implantación de andrógenos". *V Jornadas Rioplatenses de Obstetricia y Ginecología*, s/impr., 804-807.
- Brachetto-Brian, Domingo (1949). "Bases para el tratamiento integral del cáncer de la mama". *Anales del Instituto de Medicina Experimental*, 1, 49-56.
- Brachetto-Brian, Domingo y Moguevsky, Luis. (1950). "Plan para el tratamiento del cáncer de mama" *Anales del Instituto de Medicina Experimental*, 2, 13-31.
- Brookes, Barbara (2006). "'The Glands of Destiny': Hygiene, Hormones and English Women Doctors in the First Half of the 20th Century". *Canadian Bulletin of Medical History*, 23(1), 49-67
- Cantor, David (2009). "The moment of recovery in twentieth century American cancer campaigns." Ponencia presentada al *Workshop: How cancer changed: Expanding the boundaries of medical interventions*, CERMES & Institut National du Cancer - Paris.
- Carter, Eick (2008). "'God Bless General Perón': DDT and the Endgame of Malaria Eradication in Argentina in the 1940s". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 64 (1), 78-122.

- Council on Pharmacy and Chemistry (1949). “Estrogens and androgens in mammary cancer”. *Journal of the American Medical Association*, 140 (15), 1214-1216.
- Council on Pharmacy and Chemistry (1951) “Current status of hormone therapy of advanced mammary cancer”. *Journal of the American Medical Association*, 146 (5), 471-477.
- Editorial (1943). “The endocrine puzzle of heterosexual hypertrichosis (hirsutism)”. *Journal of Clinical Endocrinology*, 3, 426-427.
- Eraso, Yolanda (2010). “Gendering Breast Cancer Treatments in International Perspective”. Ponencia presentada a la *Conferencia Politics and practices: The history of post-war women's health*, Centre for the History of Science, Technology and Medicine, University of Manchester.
- Eraso, Yolanda (2010b). “Transnational experiments: women, hormones and cancer in Britain and the Americas” en *History of Medicine, Seminar Series*, Oxford: Oxford Brookes University.
- Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.
- Fels, Erick. *Documentos (1933-1947)*. Archivo de la Sociedad para la Protección de la Ciencia y el Aprendizaje. Bodleian Library, University of Oxford.
- Fels, Erick. (1944). “Treatment of Breast Cancer with Testosterone Propionate”. *Journal of Clinical Endocrinology*, 4 (3), 121-125.
- Foss, G.L. (1956). “Palliative hormone therapy of advanced mammary cancer.” En *The Lancet*, 651-656.
- Gaudillière, Jean - Paul (2002). “Paris–New York roundtrip: transatlantic crossings and the reconstruction of the biological sciences in post-war France” en *Studies in History and Philosophy of Biological & Biomedical Sciences*, 33, 389–417.
- Gaudillière Jean - Paul (2004). “Genesis and development of a biomedical object: Styles of thought, styles of work and the history of the sex steroids”. *Studies in History and Philosophy of Biological & Biomedical Sciences*, 35, 525–543.
- Geist, Samuel (1941). “Androgen therapy in the human female”. *Journal of Clinical Endocrinology*, 1, 154-161.

- Geisler, Jürgen y Per Eystein, Lønning (2005). "Aromatase inhibition – translation into a successful therapeutic approach". *Clinical Cancer Research*, 11(8), 2809–2821.
- Greenblatt, Robert (1942). "Androgenic therapy in women". *Journal of Clinical Endocrinology*, 2, 665-666.
- Hamblen, Edwin (1942) "Androgen therapy in women" en *Journal of Clinical Endocrinology*, 2, 575-576.
- Holleb, Arthur (1982). "A personal tribute to Frank E. Adair, MD. (1887-1981)". *CA. A Cancer Journal for Clinicians*, 32 (4). 239-241.
- Keating, Peter y Cambrosio, Alberto (2007). "Cancer clinical trials: The emergence and development of a new style of practice". *Bulletin of the History of Medicine*. 81, 197–223.
- Lathrop, Abbie y Leo, Loeb (1916). "Further investigations on the origin of tumors in mice. III. On the part played by internal secretion in the spontaneous development of tumors". *Journal of Cancer Research*, 1, 1–20.
- Lacassagne, Antoine (1932). "Apparition de cancers de la mammelle chez la souris male, soumis a des injections de folliculine". *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 195, 630–632.
- Lerner, Barron (2003). *The breast cancer wars. Hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*. Oxford: Oxford University Press.
- Lie, Merete (2002). "Science as father? Sex and gender in the age of reproductive technologies". *European Journal of Women's Studies*, 9(4), 381-399.
- Loeser, Alfred (1938a). "The action of testosterone propionate on the uterus and breast". *The Lancet*, 373-374
- Loeser, Alfred (1938b). "Hormone therapy in mastitis and breast cancer" en *The British Medical Journal*, p. 319.
- Loeser, Alfred (1940). "Subcutaneous implantation of female and male hormone in tablet form in women". *The British Medical Journal*, 479-481.
- Loeser, Alfred (1941). "Mammary carcinoma. Response to implantation of male hormone and progesterone". *The Lancet.*, 698-700.

- Löwy, Ilana y Weisz, George (2005). “French hormones: Progestins and therapeutic variation in France”. *Social Science & Medicine*, 60, 2609-2622.
- Murray, Edmundo (1954). “Indicaciones y resultados de la androgenoterapia en la mujer”. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 787-88, 555-559.
- Oudshoorn, Nelly (1994) *Beyond the Natural Body: An archaeology of sex hormones*. London and New York: Routledge.
- Ramacciotti, Karina (2006). “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: Los brotes epidémicos en Buenos Aires”. *Asclepio*, 58 (2), 115-138.
- Roberts, Celia (2007). *Messengers of sex: hormones, biomedicine, and feminism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sociedad Argentina de Endocrinología y Enfermedades de la Nutrición (1954). “Reunión anual extraordinaria conjunta con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires”. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 787-88, 547-559.
- Van den Wijngaard, Margaret (1997). *Reinventing the sexes: The biomedical construction of femininity and masculinity*. Bloomington: Indiana University Press.
- Watkins, Elizabeth (2007a) *The estrogen elixir: A history of hormone replacement therapy in America*. Baltimore and London: JHU Press.
- Watkins, Elizabeth (2007b). “The Medicalisation of Male Menopause in America” en *Social History of Medicine*, 20 (2), 369-388.

SEGUNDA PARTE

**La medicalización de la reproducción
y la sexualidad**

CAPÍTULO 4

**Matrimonio eugenésico,
sexualidad y doble moral sexual.
Buenos Aires, 1930 – 1960**

María Paula Lehner

En 1883, Francis Galton utilizó por primera vez el término “eugenesia” para hacer referencia al estudio científico del mejoramiento racial y a los usos que podían tener los conocimientos sobre la herencia biológica (Stepan 1991). También aceptan otras definiciones posibles, como la ciencia que estudia las formas de mejorar la raza humana, de preservar la pureza de algún grupo determinado, la ciencia del cultivo de la raza por el mejoramiento del vigor y la salud de la prole (Gordon 1990; Stepan 1991; Nari 2004; Rohden 2003). Desde finales del siglo XIX, la eugenesia se convirtió en uno de los antecedentes ideológicos más destacados que determinaron los contenidos y las formas de las políticas de población hasta concluida la Segunda Guerra Mundial, de modo tal que hasta mediados de los años 40, los discursos sobre la población contenían fuertes componentes raciales.

Gracias al refinamiento de los indicadores demográficos y a la mayor calidad de los relevamientos estadísticos, entre los años 1920 y 1930 quedó en evidencia la caída sostenida de la fecundidad. En Estados Unidos se realizaron los primeros estudios demográficos que analizaron la variación de las tasas de fecundidad por grupos; estos indicadores sirvieron para remarcar las diferencias reproductivas entre las *razas* y las clases sociales. La idea de que los *blancos de clase media* tenían menos hijos que los llamados *inferiores* (negros, inmigrantes, etcétera) llevó a plantear el problema en términos de *suicidio de la raza* y, a partir de ello, se implementaron campañas de esterilización de los llamados *degenerados* (Gordon 1990).

En 1940, Alejandro Bunge publicó su libro *Una Nueva Argentina*, donde hizo explícita su defensa de las posiciones eugenésicas y defendió “medidas y ajustes legales, sociales y económicos, que conduzcan a que tenga hijos una mayor proporción de personas superiores (...) que las demás personas inferiores tengan menos hijos que ahora” (Bunge 1984: 53). Con más ímpetu, en la década del 30, el biotipólogo argentino Arturo Rossi, director de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social consideraba que la eugenesia tendía a la perfección de la raza “mediante la generación seleccionada y la eliminación de los incapaces y de los ineptos” y recomendaba la “selección coercitiva” de los futuros cónyuges a fin de “realizar la profilaxis de las enfermedades hereditarias dominantes”. Entendía que “ningún derecho asistía a esos seres para procrear infelices y regalar a la sociedad epilépticos, imbeciles o criminales” y aconsejaba que se incorporara a la lista de las enfermedades inhabilitantes dolencias como la ceguera, la sordera o el pie plano (Miranda 2003: 248).

La literatura sobre el tema distingue –y discute– la existencia de dos vertientes de la eugenesia claramente diferenciadas: una entendida como la *corriente positiva o preventiva*, asociada a los valores de la democracia y defensora de las libertades individuales, y otra *corriente negativa*, próxima a las posturas fascistas y los regímenes totalitarios. Si bien se trató de dos posturas opuestas, dado que una fomentaba que se multiplicaran los llamados *deseables* y la otra evitaba que se reprodujeran los denominados *no deseables*; en definitiva ambas se adueñaban del poder de decidir sobre lo que debe vivir y lo que debe morir, sobre lo que debe o no reproducirse (Nari 2004; Miranda 2009).

De decidida inspiración biologicista, el pensamiento eugenésico logró a principios del siglo XX un fuerte internacionalismo, ya sea para fundamentar el racismo, ya para justificar la subordinación de las mujeres. A pesar de ser un pensamiento radical, se convirtió en una herramienta con una fuerte capacidad de adaptación a las necesidades políticas de cada contexto local (Gordon 1990). En este sentido se orienta la definición de Nancy Stepan (1991) cuando afirma que la eugenesia

fue un proyecto discursivo que proporcionó un marco para la formulación de mandatos culturales y la investigación médica. La autora entiende que el éxito y la adhesión que obtuvo la eugenesia se debieron a que brindó un soporte que fue plausible de completar con una diversidad de elementos adaptados a cada sociedad particular. Algo similar sostiene Ivonne Knibielher (2001) respecto del natalismo que, afirma, fue capaz de desarrollar métodos universales aunque en cada país o bajo diferentes regímenes respondiera a objetivos diferentes.

Desde finales del siglo XIX el pensamiento eugenésico se adaptó para garantizar el mantenimiento del *status quo*, apelando al argumento sobre la herencia biológica para justificar desigualdades que tenían su origen en el orden social y económico. De este modo, el cambio social quedaba ligado a las variables biológicas y no al sistema social que creaba las injusticias. Los llamados vicios sociales de la época como el alcoholismo, la prostitución, la sífilis, la tuberculosis o la locura se consideraban factores adquiridos, estáticos, inamovibles y transmisibles (Barrancos 1996; Nari 1996; Nouzeilles 2000; Gordon 1990). Las teorías sobre la herencia daban explicaciones sobre el fracaso individual y negaban la eficacia de las reformas sociales, al tiempo que justificaban cada situación social de acuerdo con los caracteres adquiridos de los individuos.

Además, la literatura sobre el tema explora la influencia que la eugenesia –como pensamiento científico y como movimiento social– tuvo en el reforzamiento de la definición de los roles de género. Se sostiene que la construcción de las identidades de género tiene una mayor eficacia si se basa en categorías sociales naturalizadas y que, en este proceso de naturalización de las desigualdades, la ciencia tuvo un papel trascendente (Gordon 1990; Stepan 1991; Rohden 2003). Como señala Verena Stolcke (1992), en la sociedad de clases, las desigualdades sociales son conceptualizadas, legitimadas y consolidadas como si estuvieran basadas en diferencias naturales inmutables.

En Argentina, como en otros países de la región, una de las formas en que se implementaron las ideas eugenésicas fue a través del control de los casamientos, o lo que se conoce como

matrimonio eugenésico o *higiene del casamiento* con el fin de controlar la descendencia y mejorar la *raza*. Alrededor de los años de 1930, la eugenesia se convirtió en un programa normalizador que abordó la racionalización y la purificación de los comportamientos sexuales influyendo de forma determinante en la definición de los roles reproductivos para varones y mujeres. Si, desde fines del siglo XIX, la cuestión que dominó los debates políticos e intelectuales fue cómo aumentar el tamaño de la población; paulatinamente los discursos sobre la *raza* y el género se fundieron en las narraciones sobre la Nación, aludiendo a la *calidad* de la población (Nari 2004; Rohden 2003). Según Nari (2004) de esta manera se buscaba intensificar el control y la selección de los cónyuges, sobre todo en el caso de los matrimonios mixtos, con el fin de garantizar que los futuros esposos eran aptos para la reproducción sana y mejorada.

Este trabajo se propone analizar las opiniones de un grupo de mujeres de sectores medios urbanos respecto de la solicitud del examen médico prenupcial en conexión con las ideas eugenésicas y la emergencia de una doble moral sexual. En particular interesa describir la percepción que tienen de las políticas de población, cómo fueron recibidas y a qué argumentos recurren en la explicación de la solicitud del certificado prenupcial.

En el año 1937 el parlamento argentino sancionó la Ley 12331 que ordenaba “la organización de la profilaxis de las enfermedades venéreas y a su tratamiento sanitario en todo el territorio de la Nación”. La norma establecía en su artículo 13:

Las autoridades sanitarias deberán propiciar y facilitar la realización de exámenes médicos prenupciales. Los jefes de los servicios médicos nacionales y los médicos que las autoridades sanitarias determinen, estarán facultados para expedir certificados a los futuros contrayentes que lo soliciten. Estos certificados, que deberán expedirse gratuitamente, serán obligatorios para los varones que hayan de contraer matrimonio. No podrán contraer matrimonio las personas afectadas de enfermedades venéreas en período de contagio (Ley de profilaxis de enfermedades venéreas).

Ahora bien, la finalidad explícita de la Ley Argentina de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas era la protección de la salud pública, la libertad y la dignidad de la mujer. Sin embargo, las mujeres quedaron eximidas de esta formalidad hasta 1965 cuando el certificado prenupcial se volvió obligatorio para ellas mediante la Ley 16.668.

Es necesario recordar que desde el año 1889, fecha en que se promulgó la ley de Matrimonio Civil en Argentina, la Iglesia Católica fue perdiendo el control social que significaba la sacralización de todas las acciones de los individuos desde el nacimiento hasta la muerte (Recalde 1986). Y también que a partir de 1911 fueron los registros civiles los que asumieron el relevamiento de las estadísticas vitales en todo el país (Elizaga 1973). La mayor presencia y protagonismo de los médicos o de los funcionarios en temas relacionados con la nupcialidad supuso un cambio a favor de la ciencia en detrimento de la fe religiosa. Esto lo lleva a Monseñor Franceschi a afirmar que “En el ‘paisanaje’ y en buena parte de la clase obrera, si no se puede obtener el certificado prenupcial se prescinde de él, y el concubinato reemplaza al matrimonio con las consecuencias bien conocidas” (Monseñor Franceschi, citado en Bunge 1984: 185). Criticado y ridiculizado, el certificado prenupcial es calificado por el eclesiástico como “una telaraña contra las enfermedades, pero un obstáculo terrible en el camino del matrimonio”. Y le adjudica a las dificultades para obtenerlo la prevalencia de las uniones ilegítimas en algunas zonas rurales (Monseñor Franceschi, citado en Bunge 1984: 183).

De acuerdo con Stepan (1991) en América Latina se adoptó la tradición francesa que intentaba popularizar y aprobar la idea del examen prenupcial como algo voluntario, como una prudente ayuda para el matrimonio y no como un impedimento obligatorio. En este sentido, Jacques Donzelot afirma que en Francia fue famosa la fórmula que habría de figurar en los manuales de higiene de las escuelas durante mucho tiempo y que sentenciaba “Llegará el día en que las dos familias, antes de decidir un matrimonio, pondrán en presencia a sus respectivos médicos, como ponen en presencia sus dos notarios; llegará el día en que

los médicos tengan mayor importancia que los notarios” (Donzelot, 2008: 171).

Otro hito en el desarrollo de estas ideas fue el Primer Congreso de Población de Argentina realizado en 1940, en cuyas actas se mencionan las precauciones que se deben tomar en materia de eugenesia. Se insiste en la necesidad de legislar sobre las uniones: el certificado médico pre-nupcial obligatorio, categórico, individualizado, actual, oficial, para ambos sexos, imprescindibles para la persistencia de la raza y para garantizar eugénicamente la constitución de la familia y de la Nación toda (Boletín del MSA 1940).

La literatura también se hizo eco de estos temas, las novelas románticas y las ficciones somáticas del naturalismo tuvieron como fin didáctico demostrar la determinación biológica y el carácter nocivo de ciertas uniones sexuales (Nouzeilles 2000). La eugenesia fue una ciencia de aplicación, apareció por un lado muy vinculada a lo político, capaz de influir en las acciones del Estado, y, por otro lado, tuvo una utilización de tipo didáctico, a través de acciones educativas tendientes a crear una conciencia eugenésica, similar a la ideología higienista del siglo XIX (Stepan 1991). Si bien Nari (2004) sostiene que el movimiento eugenésico en Argentina no fue mayoritario desde el punto de vista numérico, la autora sí reconoce que dada la asociación con cuestiones sociales significativas de la época (inmigración, anarquismo, madres obreras, prostitución) ha dejado fuertes huellas en el sentido común.

En definitiva, es en las primeras décadas del siglo XX donde puede ubicarse la genealogía del discurso pronatalista y maternalista bajo una retórica que abarca los más diversos niveles de enunciación política, científica, religiosa y cultural. Ordenar las formas familiares, legalizar las uniones y los nacimientos, fomentar la maternidad, desincentivar el trabajo asalariado de las mujeres, son aspectos que la retórica alentaba. Este proceso reforzó la caracterización de las mujeres como reproductoras y las hizo responsables de la raza y del futuro de las Naciones (Bock y Thane 1996; Knibielher 2001). Bajo el particular clima de época de entreguerras y hasta el desenlace de la Segunda Guerra Mundial,

circuló un pensamiento sobre la población basado en ideas eugenésicas que ponía el énfasis en la noción de raza.

Para cumplir con los objetivos se analiza un corpus de entrevistas que indagaron sobre los procesos de formación de las familias y las trayectorias reproductivas de mujeres pertenecientes a los sectores medios de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense entre los años que van de 1930 a 1960. El abordaje de estos temas se realiza desde un enfoque cualitativo y está basado en testimonios de mujeres mayores obtenidos por medio de entrevistas en profundidad, herramienta que permite explorar las vivencias de las mujeres en tanto protagonistas de la época mencionada. Se utilizó una muestra no probabilística e intencional y se aplicó una guía de entrevista semi-estructurada. Se realizaron treinta y cinco entrevistas en profundidad a mujeres nacidas entre los años 1910 a 1930, de sectores sociales medios y residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Dado que se trabajó con una pequeña muestra intencional, este trabajo no tiene pretensiones de hacer generalizaciones para el total de las mujeres del país.

Aunque se indagaba acerca de experiencias pasadas, las entrevistadas no podían evitar hacer referencia a la época actual y ponían permanentemente sus experiencias en relación con el presente que aparecía muchas veces distorsionado. Es justo reconocer también que existen respuestas influenciadas por el deber ser y las justificaciones a posteriori. Otro recaudo metodológico que es preciso señalar es que la finalidad de la entrevista no fue valorar las capacidades mnemotécnicas de las mujeres, sino relevar situaciones, comportamientos, actitudes, opiniones, que fueran significativas y representativas para las entrevistadas.

La bibliografía sobre técnicas cualitativas remarca las diferencias entre la vida vivida y la que relatan los entrevistados (De Miguel 1996; Kaufmann 1996; Bertaux 1997; Montesperelli 2004). Se reconoce que, posiblemente, no se podrá saber con certeza cómo sucedieron los acontecimientos ya que, en el momento en que se actualizan, hay una fuerte tendencia a buscar coherencia y justificaciones (Bourdieu 1999a). No obstante, existe consenso en que los testimonios han de tomarse como

verdaderos, porque la misión del investigador no es buscar la verdad sino una versión particular de los hechos. A través de las entrevistas el investigador recoge una serie de textos, narrativas, que expresan el modo en que las personas comprenden su pasado interpelado desde el presente, una discursividad contextualmente situada. Se trata de un relato reflexivo acerca de sus vivencias que pone en tensión el pasado y el presente de manera permanente. Ese relato no es un reflejo del pasado sino una interpretación de las vivencias atravesadas por el presente, vistas desde el presente (Kaufmann 1996; Bertaux 1997; Bourdieu 1999b; Montesperelli 2004).

El análisis de los datos cualitativos se realiza desde un enfoque sociohistórico en el que convergen la sociología de la familia, el enfoque de género y los estudios sobre eugenesia. En la redacción de este trabajo se optó por un estilo que recurre a las citas de los relatos de las mujeres para ilustrar los temas que emergieron en las entrevistas. Con el fin de preservar la identidad de las mujeres y garantizar la confidencialidad de los datos, los nombres propios han sido cambiados, así como cualquier información que permitiera su identificación.

El certificado médico prenupcial

¿Qué dicen las mujeres entrevistadas cuando se les pregunta por la solicitud del certificado médico prenupcial? ¿Por qué creen que las mujeres quedaron exentas de esta norma hasta mediados de los años de 1960? ¿Cómo se interpreta este doble rasero para varones y mujeres?

Por los criterios de selección de la muestra, ninguna de las mujeres entrevistadas se casó bajo la vigencia de la exigencia de certificado prenupcial para el sexo femenino que, como se señaló anteriormente, entró en vigencia en 1965. Del total de las treinta y cinco entrevistadas, solo siete se casaron antes del año 1937 cuando fue sancionada la Ley 12.331 que impuso la obligatoriedad del certificado médico prenupcial para los varones. De las 28 restantes, hay un grupo numeroso que no recuerda con exactitud si a los varones se les pedía este requisito y otras que no son muy

precisas al respecto, dudan, no recuerdan bien y se muestran confusas.

Es así que, del total de las mujeres entrevistadas, sólo siete responden con precisión que a ellas no les pedían “*nada*” pero que a los varones sí. Varias comparan el momento en que se casaron con el presente, como Esther (1924; 1947)¹ que afirma “No es como ahora, viste, que tenés que hacerte análisis y todas esas cosas”, Susana (1930; 1951) que reflexiona “No, en ese tiempo no había todavía esos problemas que hay ahora del sida”, o creen como Eva (1918, 2 hijos) que antes “no había esa desconfianza que hay ahora”. El caso de Blanca (1917; 1945) es particular, porque explica “A mí no me pidieron nada. Y él directamente trajo ya de Marina de Guerra, porque en ese tiempo la Marina de Guerra tenía que él dar cuenta con quién se casaba”.

Si, como se ha señalado, la principal finalidad de la ley era la prevención de las enfermedades venéreas, es de destacar que en un solo testimonio aparece la idea del contagio, se trata de Irene (83 años, 2 hijos) que argumenta: “el hombre tenía que hacerse ver porque había enfermedades que contagiaba a la mujer...”. Además, este testimonio pone el acento en el riesgo de contagiar a la pareja y no en la posibilidad de transmitir enfermedades a la descendencia que estaría más en coincidencia con las preocupaciones del pensamiento eugenésico.

Siempre poniendo en relación sus experiencias pasadas con el presente, tres mujeres asocian el pedido del certificado médico para los varones con la idea de la virginidad. Dora (1916; 1938) sostiene que “se daba por entendido que la mujer era... honesta, no se pensaba que era... no son deshonestas ahora pero ahora son más liberales, ¿no?” De modo similar, Sofía (1929; 1952) comenta: “ahora la mujer, todas quieren sexo antes no se usaba, normalmente íbamos sin saber nada y sin haber acostado nunca con nadie”. Y Angélica (1922; 1944) reconoce que “para el hombre sí, se pedía para el hombre; porque se suponía que las mujeres en esa época todavía éramos vírgenes”.

¹ Antes de cada párrafo transcrito con los testimonios, figura el seudónimo, el año de nacimiento, el año de casamiento o el número de hijos nacidos vivos.

En síntesis, una gran mayoría de las mujeres reconoce haber quedado excluida de la solicitud del certificado prenupcial dado que la presunción de virginidad era uno de los imperativos de la normatividad sexual de la época. Veamos qué responden las mujeres cuando se las interrogaba al respecto.

El mandato de la virginidad

Los testimonios de las mujeres en relación con la virginidad refuerzan la existencia de un fuerte control sobre su sexualidad y reproducción, en consonancia con el orden patriarcal (Lerner 1990). Dicho control era ejercido por los progenitores, pero también aprendido e internalizado por parte de las propias mujeres. La virginidad aparece calificada como algo “sagrado”, como una “obligación”, asociada a la “honradez” o incluso como algo “natural”. Los comentarios adquieren un tono de exclamación cuando las mujeres se refieren a la pérdida de la virginidad antes del matrimonio o más aún, la maternidad soltera. Estas cuestiones suscitan expresiones como “¡Dios me libre!”, se describen como algo “¡terrorífico!”, para la mujer era como si le hubiera “caído un rayo encima”, que entonces sería “criticada por todo el mundo” porque “quedaba señalada”, podía incluso ser “echada de la casa” de los padres ya que significaba una “deshonra” y “una cruz”. La mujer que ha tenido sexo fuera del matrimonio es considerada una “atorranta” y entienden que los hombres la rechazarán porque a nadie le “gustaría comer un caramelo chupado.” Angélica (1922; 1944) sostiene que “ya era una cosa determinada y hasta que no te casabas no pasaba nada” y Ana (1921; 1944) agrega que el varón “te quería pura”. A su vez Rita (1920; 1946) sostiene que “las mujeres como nosotras éramos sagradas” y Matilde (1917; 1936) recapitula “Yo el único hombre que conocí en mi vida fue mi marido.”

Una amplia mayoría de las mujeres entrevistadas llegaron al matrimonio siendo vírgenes, como el caso de Irene (1917; 1939) que dice “yo me casé virgen”; Rita (1920; 1946) “Y me casé que tenía 25 [años] y me casé bien virgen...” y Marina (1916; 1936) que agrega “Y yo me casé virginal, querida, no me había tocado

nadie.” A estos testimonios podemos agregar otros que insisten sobre las nociones como la “pureza” y la “honra” de las mujeres que llegaban vírgenes al matrimonio y que como explica Cristina (1914; 1936) “Era una obligación que la mujer llegara virgen. (...) Era el vestirse de blanco... la blancura del traje es significado de la pureza de la mujer”.

Del análisis se desprende que la mayoría de las entrevistadas conservó la virginidad hasta la noche de bodas, ello se logró gracias a varios esfuerzos conjugados. En primer lugar, de los padres que, como reconoce Elisa (1913; 1939) “por eso cuidaban tanto a las novias”, y, como en el caso de Catalina (1921; 1943) que recuerda “mi mamá decía: -¡Ojo! que el pájaro que comió voló”. También Dora (1916; 1938) evoca entre risas “cuando cumplí 15 años, mamá me dice: -‘Lo único que lleva una mujer es la honra’. Así que había que defenderla a muerte de los besos apasionados y todo lo que fuera (risas)”.

Asimismo, ellas aprendían a “no insinuar”, era parte de la “educación” que recibían y del modo de “crianza”. Raquel (1923; 1943) reconoce: “A mí nunca se me hubiese ocurrido tener relaciones con un hombre antes de casarme. Yo ya estaba criada así en mi casa”. Y Elisa (1913; 1939) cuenta “Yo venía de un colegio que me habían educado muy bien, así que yo sabía muy bien cómo tenía que proceder... (...)...eso no se hace y hay que tener respeto por esto y respeto por lo otro, entonces uno ya estaba acostumbrada a eso...”. Susana (1930; 1951) refuerza “Nosotros también teníamos el concepto de que hasta que no se llegara al matrimonio no había ninguna relación sexual”.

Además, ellas opinan que entonces “el hombre respetaban mucho más a la mujer” así lo asegura Susana (1930; 1951) que luego explica: “La que iba a ser su mujer, la madre de sus hijos, la respetaba a raja cincha”. De modo similar se expresa Marcela (1911; 1935) “Pero se respetaba mucho a la mujer antes. Era muy raro que un hombre, cuando se iba a casar, ya había hecho su vida con la mujer. Por lo general se respetaba a la mujer”. Y Catalina (1921; 1943) reflexiona “yo llegué virgen (...) Y te voy a decir que mi marido me respetó mucho”. La noción de “respeto” se repite en los testimonios y podría ser entendida como una combinación de autorepresión y obediencia para poner a

salvo el honor y la decencia de estas mujeres de sectores medios urbanos. De tal modo que en esos años la virginidad era un componente fundamental de la respetabilidad femenina (Adamovsky 2010; Cosse 2008; Lehner 2011).

¿Qué pasaba con la sexualidad de los varones? ¿También ellos debían llegar vírgenes al matrimonio? Las opiniones de las mujeres desmienten este supuesto y afirman lo contrario ya que consideran que “los varones siempre han tenido más libertad”, que el hombre “siempre la llevó livianita” y que “siempre tuvo un privilegio sobre las mujeres”.

Cora (1928; 1949) lo atribuye al carácter “machista” de la sociedad que hacía que “a la mujer no se le daba tanta libertad”. Son reiterados los testimonios que reconocen la diferencia entre las mujeres que debían mantenerse vírgenes hasta el casamiento y la experiencia que se esperaba de los varones en el plano sexual. También Cora sostiene que “incluso era importante, que un hombre tuviera... no llegara virgen al matrimonio”. En el mismo sentido Dora (1916; 1938) afirma: “El varón cuanto más caradura más, más hombre era”. Delia (1916; 1936) lo dice a su modo: “...la mujer tenía que ser virgen, pero él no importa si había usado su instrumento o no”. Rita (1920; 1946) despeja las dudas sobre cómo adquirirían los varones esa experiencia tan valorada: “Los hombres es diferente, porque iban con todas las mujeres, con las prostitutas... (...) [en cambio]...las mujeres como nosotros éramos sagradas... Porque el hombre le enseñaba a la mujer. Porque si una mujer no había ido nunca con ningún hombre ¿qué sabía lo que tenía que hacer?” Cristina (1914; 1936) también es de la opinión que entonces había otra “mentalidad” que justificaba y, en cierto modo, reclamaba que “el hombre tenía que ir con cierta experiencia al matrimonio”. Y el testimonio de Ana (1921; 1944) revela las razones de esta diferencia entre varones y mujeres “el hombre tiene que tener su desahogo. (...) El hombre precisa”. Estos argumentos abonaron la idea de un doble estándar moral que prescribía, para los sectores medios, una sexualidad femenina esencialmente desapasionada, que la actividad sexual debía ser iniciada por el varón y que la experiencia masculina era un componente fundamental de la virilidad –lo que habilitaba la existencia de la prostitución entre mujeres de otros sectores

sociales— (Gordon 1990; Lewis 1984; Barrancos 1996). La oposición de la sexualidad de mujeres y varones aparecía justificada por el discurso científico basado en preceptos biologicistas que naturalizaba las diferencias inconmensurables al tiempo que establecían jerarquías entre varones y mujeres (Laqueur 1994).

Entre los testimonios, solo dos entrevistadas desmienten que la virginidad fuera un requisito importante y que se debía conservar hasta el matrimonio; pero pertenecen al grupo de las más jóvenes. Por un lado Esther (1924, 2 hijos) que considera que era una práctica de la generación precedente: “eso era en el tiempo de mi suegra, que si no eras virgen te llevaban otra vez a la casa. Te devolvían. Si. Pero en la época mía, no.” Aunque reconoce que era importante, cree que se exagera y explica que “las macanas, las chicas las hacían atrás del zaguán, así que...” Por otro lado, María (1926, 3 hijos) niega que la virginidad fuera un tabú, pero admite que las chicas no eran “tan libres como ahora”.

La recepción del discurso pronatalista

Nos detendremos ahora en el análisis de aquellos fragmentos de los testimonios de las mujeres entrevistadas que permiten ver las condiciones de recepción de la retórica pronatalista y de las ideas eugenésicas. Algunas mujeres relativizan el poder de aquellos mensajes porque entienden que, por más que se predicara el modelo de familia numerosa y la necesidad de poblar el país, las decisiones sobre la descendencia “era personal”, dice Carmen (1917, 1 hija). También Marcela (1911, 1 hijo) que es de las que no recuerda esta retórica, explica: “Era una cosa muy, lo de los hijos, era una cosa muy privada. No se ventilaba...”. En cambio Rita (1920, 4 hijos) que reconoce la existencia de los discursos poblacionistas lo recuerda en estos términos: “Bueno eso decían, que la gente no querían comprar hijos, que compraban dos o tres. Pero que había que poblar la Argentina. Pero nada más...”. Luego reflexiona, como tomando distancia de esas ideas: “Los hijos se tenían porque uno quería, no porque se lo comentaba...”.

También aparecen otras apreciaciones relacionadas con las posibilidades de estas mujeres y sus parejas de decidir el tamaño de la descendencia, como el caso de Catalina (1921, 2 hijos) quien no duda en afirmar: “Si querías vivir más o menos, no podías tener muchos hijos.” Y en un sentido similar se expresa Aurora (1918, 2 hijos) luego de reconocer que se fomentaba el crecimiento demográfico del país, exclama: “¡Si, eso se decía! ¡Pero uno tampoco se iba a cargar de hijos!”. Angélica (1922, 3 hijos) reconoce que siempre se decía que había que poblar el país, “sobre todo que había que poblar la Patagonia, siempre fue así.” Y tras reconocerlo toma distancia y agrega: “Tampoco les interesaba a la gente lo que le dijeran”. Se desprende de estos testimonios que las decisiones sobre la descendencia se alejaban de cualquier idea de tributo a la Nación, como vimos pretendía la retórica pronatalista y el pensamiento eugenésico. Al mismo tiempo, refuerzan la idea de un espacio de privacidad en el que se tomaban las decisiones reproductivas y donde no tenía ingerencia ni la política ni la religión.

Siempre en relación con el número de hijos, Cora (1928, 2 hijos) evoca el hecho de que “el 7º hijo siempre el Presidente era el padrino” pero luego, entre risas agrega: “¡Pero había que llegar a los siete!” Y en otros pasajes, una mujer reflexiona sobre estos cambios en los comportamientos reproductivos en el campo y en la ciudad. Es Antonia (1927, 3 hijos) quien sostiene: “Ahora, al último, ya tenían menos los del campo, se habían puesto todos modernos... tres, cuatro, que yo sepa tres, cuatro, uno algunos...”.

Como ha señalado Knibiehler (2001) para el caso francés, en la segunda mitad del siglo XX, las familias numerosas se volvieron menos frecuentes y se concentraron en los extremos de la escala social. En cambio, en las capas medias, que tenían un fuerte deseo de ascenso social, se redujo la cantidad de hijos para criarlos mejor y poder darles estudios. Para los sectores medios urbanos de nuestro país la familia pequeña remite a una marca de distinción que se asume como una ventaja para progresar en la escala social, que configura un sector social diferenciado: los nuevos y amplios sectores medios urbanos de Argentina en la primera mitad del siglo XX (Adamovsky 2010; Torrado 2003).

Esta diferenciación se establece en relación a las clases altas; pero fundamentalmente hacia los sectores más pobres que suelen ser también los más prolíficos, producto de comportamientos reproductivos menos regulados que, siguiendo a Elisabeth Beck-Gernsheim (2003), en ocasiones tienden a ser vistos como “ingenuos, irracionales o irresponsables”. En contraposición, los nuevos sectores medios hacen gala de su modernidad mediante unas prácticas reproductivas en las que la planificación empieza a configurarse como norma. Por aquellos años, el tamaño de la descendencia se convirtió en una marca de distinción para los sectores medios urbanos porque iba asociado a la noción de planificación.

En el mismo sentido, aparecen algunos comentarios que ponen énfasis en la cantidad y en la calidad de la población. Como Susana (1930, 2 hijos) que opina:

Que se quería poblar el país sí; pero yo considero que debe estar bien poblado, no con villas miserias, que tengan un hijo todos los años, eso no es poblar bien un país. Poblar bien el país es planificarlo, si poder mantenerlos, después poder educarlos, alimentarlos bien... darles buena educación.

En una entrevista, las referencias a las “villas miserias” se asocian libremente con los conventillos, arreglo residencial que muchas de las mujeres experimentaron. Es Rita (1920, 4 hijos) que recuerda: “Cinco, seis. A veces hay gente que tuvo hasta diez, once hijos, sí también. Y no gente así no más, ¿eh? No era de villas, ni nada, como ahora que hay tantas villas. Antes no había tantas villas. Porque la población se fue agrandando, ¿vivo? Lo que había conventillos...”. Cuando Rita recuerda que algunas familias tenían muchos hijos reconoce que en la actualidad los que tienen muchos hijos viven en las “villas miserias”, la solución precaria al déficit de viviendas desde los años de 1960. Pero inmediatamente subraya el modo de vida de los conventillos y hace valoraciones al respecto, porque ahí en cambio “vivían todos unidos”.

Las distinciones respecto de las personas que viven en las villas van in crescendo y dejan ver la existencia de algunos prejuicios. Por ejemplo Ana (1921, 1 hijo) sentencia: “[a la gente

pobre] no les interesa... Yo voy a Vicente López (...) me quedo admirada porque vas mirando y de un costado (...) han armado casillas de cartón (...) y ves chicos. Pero que esos chicos qué... ¿qué les espera? Vos decime ¿qué les espera?” Un tono similar emplea Raquel (1923, 3 hijos) que vivió en el norte argentino, para referirse a: “La gente humilde, sí tenían muchos [hijos], porque no se cuidaban, no les importaba tener uno, dos, tres; de este padre, del otro padre. Un desastre, en esa zona es terrible. Pero la mayoría así del círculo donde yo vivía, tenían dos, tres chicos, más no”. Y adjudica esta conducta a cuestiones de índole económica o a la “dejadez”. Así, las dificultades se traducen en desidia que supone una valoración de la población con menos recursos. En cierto modo es el argumento que utiliza Cora (1928, 2 hijos) al preguntarse de manera retórica: “Porque lo que está pasando ahora en las villas, o en los casos que tiene tantos hijos, debe ser por falta de información, ¿no es cierto? (...) Para saber cómo se enteran y por qué tiene tantos hijos. Si dicen -‘Bueno mi marido viene borracho o me castiga...’”

Quien expone los prejuicios de forma más explícita es Cristina (1914, 1 hijo) que recuerda que cuando estudiaba la carrera de asistente social:

Nos decían que teníamos que ir a las villas y explicarle a las mujeres el asunto de la temperatura (...) y cuando variaba la temperatura abstenerse, ¿no? Nosotros decíamos: ¡Qué se va abstener! Llega el negro y le rompe el alma, (risas) va a ver si tiene o no relaciones. Los tipos están medio borrachos siempre. La mujer, en la gente humilde, hoy no hay forma. No hay forma. (...) De poder controlarlo, la mujer no lo puede controlar. Te digo más, no les importa nada. (...) Prefieren tener el hijo así tengan 50, porque después que los largan, que se las arreglen. Por eso tenemos tantos chicos en la calle.

Las valoraciones son muy taxativas y establecen una clara distinción entre sectores sociales que se entiende como una división entre “nosotros” y “ellos”. A “ellos” se los asocian con actitudes que se señalan como “un desastre”, porque “no les

importa”, son “dejados” o directamente “no hay forma de controlar” lo que sigue con inculpaciones de violencia, alcoholismo y promiscuidad. En cambio, el “nosotros” remite a los sectores medios urbanos que se señalan como “gente de mi círculo”, “no gente así nomás”.

Ante estas valoraciones, las mujeres se animan a dar recetas para resolver el tema de la alta fecundidad de las mujeres de bajos recursos. Por ejemplo Angélica (1922, 3 hijos) explica:

Eso es lo que tendrían que haber hecho. Primero, educar a la gente esa que no, que tiene siete u ocho chicos y no puede con qué tenerlos (...) la mayoría de la gente de pocos recursos, es la que tiene más chicos, ahí es donde habría que hacer campañas para no tener chicos (...) Porque esos que están ahí, que salen por televisión y dicen: ‘¡Ay!, pero tengo una familia, tengo siete chicos, y no tengo...’ Pero ¿por qué tuviste siete chicos, si no tenías con que mantenerlos?

En general, condenan a aquellas mujeres que ellas estiman son incapaces de regular el número de hijos que tienen. La que da la receta más drástica es nuevamente Cristina (1914, 1 hijo) que se inclina por la ligadura de trompas para las mujeres de bajos recursos, ella explica

...soy católica y católica práctica y que sé yo; hay determinadas cosas de la Iglesia que yo creo que el Santo Padre, a lo mejor se ve obligado a... porque los Evangelios se lo imponen. Yo no las haría. Yo en lo mío, no las haría. Porque yo a veces pienso que uno tiene que tener criterio propio... Yo por ejemplo fijate, será porque yo lo he visto, lo he tocado esto, porque tenía que andar por las villas y todo y vi como... el maltrato que se les da a los hijos. Los hijos se los tiran ahí, el chico sale a pedir, a robar, a drogarse, a hacer cualquier cosa. No se cuida al niño, ¿no? Y entonces, eso acá en todo Sudamérica, y en África y en Asia también. Entonces yo creo que a la mujer se le debiera

hacer, ya que es ella la que tiene que sufrir, ¿no? Yo le haría ligazón de trompas.

En algunas ocasiones fueron los sacerdotes quienes incriminaron a las mujeres por tener pocos hijos; en otras, fueron sus compañeras de trabajo. Así lo relató Carmen (1917, 1 hija): la llamaron “egoísta” por tener una sola hija. A lo que ella respondió que “Eso no se puede decir. Yo tuve problemas, podría haber tenido dos o tres pero tenía problemas”.

También Susana (1930, 2 hijos) recuerda que en su entorno familiar “tenía un sobrino político que era partidario de que los hijos tenían que venir sí o sí, así fueran veinte”. Inmediatamente aclara “Pero no era el ideal”, lo que revela una vez más que entre gran parte de los sectores medios urbanos la familia numerosa había caído en desuso y el ideal se ajustaba a pocos hijos.

Observamos que los discursos pronatalistas en este grupo de sectores medios urbanos no tuvieron el éxito esperado en uno de sus propósitos: que las mujeres tuvieran muchos hijos. Surge el siguiente interrogante: ¿por qué, si los discursos pronatalistas fueron tan omnipresentes, las mujeres de sectores medios urbanos –y sus parejas– adoptaron prácticas para limitar los nacimientos? Dicho de otro modo, ¿cómo las personas tomaron sus propias decisiones en materia reproductiva, alejadas de las presiones que los discursos imponían? ¿Y cómo lo hacían, además, en un contexto donde los métodos anticonceptivos no estaban tan disponibles, ni eran tan eficaces? De los testimonios de las entrevistadas se desprende que las mujeres de sectores medios urbanos no se ubican en el lugar de receptoras de los discursos pronatalistas, por lo que para ellas son una mera retórica. Las clases medias urbanas encontraron modos de eludir el mandato que este discurso pronatalista imponía. En cambio, revelan que esos discursos tuvieron más efecto en los sectores populares que se señalan como los grupos que no contaron con los recursos para regular el tamaño de las familias. Dicho de otro modo, el comportamiento reproductivo diferencial por sectores sociales pone en evidencia que para algunos la retórica pronatalista fue más efectiva. En términos de Gordon (1990) en Argentina se produjo un “birth control apartheid” en función de la pertenencia

a un determinado sector social, ya que la descendencia numerosa sigue siendo patrimonio de los sectores más bajos. Estos relatos permiten observar los modos en que clase y género se relacionan con el propósito de justificar las desigualdades. Para caracterizar las prácticas reproductivas de las mujeres de sectores más desfavorecidos, las entrevistadas recurren a argumentos esencialistas que naturalizan las desigualdades de tipo socioeconómicas y, también está latente la idea de *calidad* de la población en consonancia con el pensamiento eugenésico. Por último, si el pedido de certificado prenupcial y la virginidad nos permitieron ver las diferencias de género en relación con la sexualidad de varones y mujeres, el modo en que las mujeres actualizan la retórica pronatalista devela, sin dudas, las diferencias entre clases sociales en función de los medios que tienen para limitar el tamaño final de la descendencia.

A modo de cierre

Como señala Nari (2004), en Argentina se estrecharon las posibilidades de recepción de la eugenesia *negativa* y en cambio prevaleció en su vertiente *positiva*. En tal sentido se observa que la legislación puso el acento en las enfermedades de transmisión sexual. De acuerdo con los testimonios de las mujeres entrevistadas, las justificaciones sobre la obligatoriedad del certificado médico para los varones aluden a los temores sobre el contagio de infecciones de transmisión sexual, omiten la mención de los riesgos para la descendencia; pero fundamentalmente, revelan la existencia de un doble estándar sexual.

Para estas mujeres, el mandato de virginidad, resignaba cualquier tipo de control médico prenupcial sobre sus cuerpos y se construyó como un bien esencialmente femenino que condensó el sistema moral de la época (Stolcke 1992; Cosse 2008). Asociada a la idea de *respeto*, impuso una actitud sexual pasiva para las mujeres que garantizara la pureza y la honra. De los varones, en cambio, se esperaba un comportamiento activo y se valoraba la experiencia sexual con otras mujeres.

Algo más difícil resulta evaluar la percepción de la retórica pronatalista, así como el alcance de esas ideas. Si bien las mujeres reconocen la presencia de discursos a favor del aumento de la población y gestos de enorme valor simbólico, como que el Presidente de la Nación apadrine al séptimo hijo varón, también remarcan que las cuestiones relacionadas con la familia, formaban parte de la vida privada en la que ni el Estado, ni la Iglesia tenían capacidad de influir. Sobre este tema, sostienen que se trataba de aspectos privados en los que no se le daba cabida a la opinión de ninguna autoridad externa. Incluso aquellas mujeres de la muestra que se autodefinen como muy católicas tampoco tuvieron familias numerosas y en ocasiones se observa que la fe entró en conflicto con la ciencia.

No obstante, estos discursos polifónicos que eran emitidos desde ámbitos muy diversos tuvieron efectos casi nulos en cuanto a aumentar la fecundidad entre estas mujeres de sectores medios urbanos. La actualización de esas propuestas pronatalistas no parece haber tenido igual recepción por parte de las mujeres, más bien se observa una amplia variedad de recuerdos desarticulados, pero se remarca que iban dirigidos a otros sectores sociales. De ello surge que los sectores medios urbanos no hicieron eco de los discursos que presionaban por el aumento de la fecundidad y las mujeres entendieron que tenían como destinatarios a otros sectores sociales más pobres o las personas residentes en el interior del país. De modo tal que no pareciera que las mujeres resistieron esos mensajes, si no más bien que entendían que no eran ellas las aludidas.

Por último, la influencia del pensamiento eugenésico parece haber sido menos efectivo para prevenir sobre los riesgos de contagio para la descendencia que para reforzar la naturalización de las diferencias entre los sexos. Esta operación favoreció una rígida distinción entre las conductas sexuales esperadas para cada sexo, proyectando la dualidad activo - pasivo sobre las identidades de género. Diversos discursos científicos confluyeron para construir, sobre la noción de la *naturaleza* femenina y masculina, una doble moral sexual que, al establecer diferencias inmutables, redundó en desigualdad y subordinación para las mujeres. De acuerdo con Stolke (2000) la naturalización

ideológica de la condición social desempeña un papel central en la reproducción de la sociedad de clases y explica el significado especial que se atribuye a las diferencias sexuales. Con el fin de legitimar unas relaciones desiguales de poder se dotó de significado social a las diferencias biológicas entre varones y mujeres. Además, el racismo y el sexismo son doctrinas vinculadas y constitutivas de la propia desigualdad en la sociedad de clases (Stolcke 1992). El racismo divide la identidad y experiencia del género, ya que implica un control sobre la descendencia y sobre la sexualidad femenina en particular. A la vez que ambas experiencias son atravesadas por las desigualdades de clase, que en una sociedad clasista también tienden a naturalizarse. De ahí que procesos socio-culturales y políticos quieran explicarse en una clave biológico-naturalista como en ocasiones lo expresan algunas de las mujeres entrevistadas.

Bibliografía

- Adamovsky, Ezequiel (2010). *Historia de la clase media argentina. Apogeo y decadencia de una ilusión, 1919 – 2003*. Buenos Aires: Planeta.
- Barrancos, Dora (1996). “Socialismo, Higiene y Profilaxis social, 1900-1930” en Lobato, Mirta (Ed.). *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2003). *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós.
- Bertaux, Daniel (1997). *Les récits de vie*. Paris: Nathan.
- Bock, Gisela y Thane, Pat (eds.) (1996). *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Cátedra.
- Bourdieu, Pierre (1999a). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre (1999b). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bunge, Alejandro (1984) (1º edición 1940). *Una Nueva Argentina*. Madrid: Hyspamérica.
- Cosse, Isabella (2008). “Una revolución discreta: el nuevo paradigma sexual en Buenos Aires (1960-1975)” ponencia presentada en la 1º Reunión de Trabajo, *Los 60' de otra manera: vida cotidiana, género y sexualidades en la Argentina*, Buenos Aires, 30 de octubre de 2008, Universidad de San Andrés, IDAES, Universidad Nacional San Martín, IIEGE-Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- De Miguel, Jesús (1996) *Auto/Biografías*. Madrid, CIS, Cuadernos Metodológicos N° 17.
- Donzelot, Jacques (2008). *La Policía de las Familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Elizaga, Juan C. (1973). “La evolución de la población de la Argentina en los últimos cien años” . *Desarrollo Económico*, 12(48), 795-805.
- Gordon, Linda (1990). *Women's Body, Women's Right Birth Control in America*. Nueva York: Penguin Books.

- Kaufmann, Jean-Claude (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan.
- Knibielher, Yvonne (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lebner, María Paula (2011). “Noviazgos en Buenos Aires 1930-1960”. *Revista Población de Buenos Aires*, 8(14), 31- 43.
- Lerner, Gerda (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.
- Lewis, Jane (1984). *Women in England 1870-1950. Sexual Division and Social change*. Bloomington: Indiana University Press.
- Miranda, Marisa (2003) “La antorcha de Cupido: eugenesia, biotipología y eugamia en Argentina, 1930 – 1970”. *Asclepio*, 55(2).
- Miranda, Marisa (2009). “Eugenesia en Argentina: aportes para una comprensión epistemológica” en Miranda, Marisa y Girón Sierra, Álvaro (coordinadores). *Cuerpo, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Montesperelli, Paolo (2004). *Sociología de la memoria*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Museo Social Argentino (1940, 1941). “Primer Congreso de la Población Argentina”. *Boletín del Museo Social Argentino*. Año XXVIII, Entregas 213 a 228, Buenos Aires.
- Nari, Marcela (1996). “Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940” en Lobato, Mirta Zaida (Ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos y Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Nari, Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- Nouzeilles, Gabriela (2000). *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina 1880-1910)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Recalde, Héctor (1986). *Matrimonio Civil y Divorcio*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Rohden, Fabiola (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Río de Janeiro: Editorial Fiocruz.
- Stepan, Nancy Leys (1991). *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.
- Stolcke, Verena (1992). “¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?” *Revista Mientras Tanto*, N° 48, 87 – 111.
- Torrado, Susana (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

CAPÍTULO 5

De los médicos pioneros a la explosión del Viagra: medicalización y sexología en Argentina¹

Daniel Jones y Mónica Gogna

¹ Este artículo se basa en los resultados del proyecto “Sexualidad, ciencia y profesión en América Latina”. Promovido y financiado por el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) y coordinado por Jane Russo. El objetivo de este proyecto fue analizar el proceso de medicalización de la sexualidad en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. En Argentina el estudio fue coordinado por Mónica Gogna (CONICET-CEDES) y realizado entre julio de 2007 y marzo de 2009. Además de los autores el equipo de investigación incluyó a Inés Ibarlucía (por entonces, asistente de investigación en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad).

La medicalización de la sexualidad es parte de un proceso más general de la sociedad que consiste en atribuir una naturaleza médica a representaciones, prácticas y problemas que, hasta entonces, no eran aprehendidos en esos términos (Bozon 2004: 141). Algunos autores, siguiendo la hipótesis de Foucault (2000a), sostienen que “el propio término sexualidad, inventado a mediados del siglo XIX, fue inscripto inmediatamente en el registro de la medicalización” (Giami 2009: 638). Así, en un primer momento, dicho proceso supuso expresar en un nuevo lenguaje ciertas cuestiones ligadas a la sexualidad que hasta entonces habían sido definidas bajo un discurso religioso como pecados (Bozon 2004). La masturbación constituye el caso paradigmático (Foucault 2000b; Laqueur 2003). Esta redefinición de “antiguos pecados” en términos médicos acarrea desdoblamientos clínicos bajo la forma de exámenes, diagnósticos y tratamientos.

En este capítulo entendemos por “medicalización de la sexualidad” un proceso de alcance mundial que supone la definición de prácticas y estados sexuales como problemas de salud (y por ende, diagnosticables) a resolver mediante la aplicación de técnicas y saberes expertos (tratamiento). Autores clásicos la consideran un fenómeno muy complejo que envuelve desde la definición médica de un comportamiento como desviado hasta los descubrimientos científicos que lo legitiman, los tratamientos propuestos y la densa red de intereses sociales,

políticos y económicos en juego (Conrad 1992 y Rosemberg 2002, citados en Rohden 2009: 90).¹

El origen de la sexología se sitúa en la segunda mitad del siglo XIX y a partir de entonces ha sido ejercida por profesionales de diferentes disciplinas médicas y no médicas (Béjin 1987a, 1987b; Bullough 1994; Irvine 2005). En Argentina, los primeros antecedentes de la sexología contemporánea se remontan a fines de la década de 1950. En la actualidad, el campo sexológico local es un espacio multidisciplinario donde coexisten especialistas de variadas trayectorias y formaciones, dedicados a dos grandes vertientes: la sexología clínica y la sexología educativa (o educación sexual). En ambas vertientes predomina un enfoque orientado a la resolución o prevención de “problemas”² (sea una disfunción sexual, un embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual). Los y las profesionales dirigen sus intervenciones a diferentes públicos: mientras que los sexólogos clínicos³ trabajan mayoritariamente con adultos de clases media y alta, los educadores sexuales lo hacen con niños y jóvenes, en su mayoría pertenecientes a los sectores sociales más vulnerables.

El objetivo de este capítulo es reflexionar críticamente sobre las diferentes formas que adquirió la medicalización de la sexualidad en la Argentina en diferentes períodos históricos. Recorreremos la constitución de este campo (desde los años 1960 hasta mediados de los años 1980) y analizaremos el proceso de farmacologización de los tratamientos que derivó de la irrupción del sildenafil en los años de 1990, un hito clave en esta historia. Nuestra hipótesis de trabajo es que la mirada médica tuvo un peso central en la conformación del campo sexológico desde sus orígenes. En otras palabras, la “medicalización” precedió a la farmacologización y no es patrimonio exclusivo de los y las médicos. También ha resultado definitorio, en nuestra opinión, el

¹ Para un abordaje histórico de la medicalización de la sexualidad, véanse los trabajos clásicos de Foucault (2000a), Weeks (1985) y Tiefer (1996).

² Todas las expresiones entrecomilladas han sido tomadas de las entrevistas o documentos analizados.

³ Utilizamos el genérico masculino cuando la distinción entre varones y mujeres no resulta analíticamente relevante.

fuerte liderazgo ejercido por médicos varones (fundamentalmente psiquiatras y ginecólogos) pertenecientes a una generación poco familiarizada con las perspectivas de género y de derechos. Esta conjunción de factores explica, como intentaremos demostrar, la escasa receptividad a la perspectiva de género y la tendencia a reproducir patrones heteronormativos que caracteriza al discurso sexológico dominante en Argentina en la actualidad.

Nuestras reflexiones provienen de un estudio realizado entre 2007 y 2008 que utilizó diversas técnicas y fuentes de datos. En primer lugar, elaboramos un mapa de la sexología en Argentina (principales asociaciones, instituciones de formación, cursos, encuentros periódicos, revistas, profesionales con mayor visibilidad social). Para ello realizamos búsquedas en Internet (análisis de las páginas web de las instituciones y/o profesionales del campo sexológico y de las currículas universitarias, etc.) y consultas por correo electrónico con docentes universitarios; analizamos otras fuentes secundarias (programas de cursos, reglamentos de afiliación y acreditación de asociaciones sexológicas, curriculum vitae de profesionales); y entrevistamos a un pequeño número de “pioneros” (seis entrevistas exploratorias). En una segunda etapa, realizamos doce entrevistas individuales semi-estructuradas con los principales referentes del campo sexológico (algunos ya entrevistados en la fase exploratoria). Esta muestra quedó conformada por seis varones y seis mujeres; cuatro médicos y ocho no médicos (cuatro de ellos psicólogos); cuatro eran sexólogos educativos, cinco sexólogos clínicos y tres especialistas en ambas áreas.

En una tercera etapa, para ampliar nuestra mirada acerca del rol profesional de los especialistas en sexualidad, entrevistamos a cinco especialistas en cuestiones de sexualidad que interactúan frecuentemente con sexólogos pero que no se autoreconocen como tales: un médico psicoanalista, un médico urólogo, una médica ginecóloga, una psicóloga psicoanalista y una psicóloga especializada en terapias sexuales (la composición de la muestra se detalla en el cuadro 1).

La constitución del campo sexológico

A pesar de que existen antecedentes en las décadas de 1920 y 1930 (Vezzetti 1996) hay consenso en situar el origen de la sexología en la Argentina a fines de la década de 1950, cuando iniciativas vinculadas a la educación sexual adquirieron un alcance relativamente masivo a través de la prensa escrita y la televisión. El pediatra Florencio Escardó, prestigioso profesional que había alcanzado popularidad por sus publicaciones en las revistas *El Hogar* y *Vea y Lea*, y Eva Giberti, quien popularizó conceptos psicoanalíticos sobre la sexualidad entre amplios sectores medios urbanos de la sociedad argentina (Plotkin 2003), jugaron un importante rol en este proceso.⁴

La legitimación de la sexología mediante la educación sexual de los niños y adolescentes caracterizó el recorrido de Giberti y Escardó,⁵ quienes dictaron cursos sobre sexualidad desde un abordaje que combinaba el enfoque médico-fisiológico, psicológico y social (Cosse 2008: 239-240). Desde la Segunda Cátedra de Pediatría, Escardó abogó tempranamente (1951) por la incorporación de la asignatura Sexología en la currícula de la Facultad de Medicina (Rustoyburu 2012).

En los años 1960, ginecólogos y obstetras que se dedicaban a la planificación familiar, comenzaron a dictar cursos de sexología en hospitales públicos y facultades de Medicina (en el cuadro 2 se ofrece una síntesis cronológica de la historia de la sexología y el contexto sociopolítico en Argentina). Marca constitutiva del campo sexológico local, el protagonismo de los médicos se reactualizará a lo largo del tiempo en distintos momentos históricos. En 1967, con auspicio de la International Planned Parenthood Federation (IPPF), un grupo de ginecólogos

⁴ Desde 1958, Giberti publicaba columnas y notas en diarios y revistas de circulación masiva, “que dieron lugar a dos compilaciones (*Escuela para padres y Adolescencia y Educación Sexual*) que vendieron más de 300 mil ejemplares solo en Argentina, a lo que sumaba la coordinación de la Escuela para Padres, una institución dedicada al asesoramiento en los problemas familiares, (...) además del consultorio privado, el dictado de conferencias y cursos, [y] la conducción de programas de televisión” (Cosse 2008: 79).

⁵ En 1961 Escardó publicó *Sexología de la Familia*.

y obstetras fundó la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF). Entre fines de la década de 1960 y principios de la de 1970, se crearon en el campo médico las primeras asociaciones profesionales que incluían el término *sexología* en sus denominaciones: la Sociedad Argentina de Sexología y Educación Sexual, organizada por el Dr. Armando Domenech, y la Escuela Argentina de Sexología, creada por el ginecólogo y psicoanalista Héctor Segú. Ambas formaron numerosos educadores y terapeutas sexuales (Flores Colombino 1980; Fridman 2007). Hacia 1976, la ginecóloga Ana María Zeno convocó a un grupo de médicos y psicólogos jóvenes de la ciudad de Rosario, interesados en cuestiones relacionadas con la sexualidad, quienes fundaron la Asociación Rosarina de Educación Sexual (luego Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología –ARESS–), considerada la primera asociación dedicada específicamente a la educación sexual en el país.

Ya desde fines de la década de 1960, las acciones de organizaciones internacionales y las vinculaciones regionales con colegas de otros países de América Latina fueron cruciales para el impulso de iniciativas en educación sexual. Así, por ejemplo, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) otorgó becas para la formación en educación sexual a numerosos profesionales latinoamericanos a comienzos de los años de 1970. En 1975, el primer grupo de becarios fundó el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC) que tendría un rol fundamental en la formación de educadores sexuales en la región y en la Argentina en particular (Aller Atucha et ál. 1994).

La década de 1980 fue el momento de institucionalización del campo sexológico en el país y en América latina: se fundaron numerosas sociedades profesionales e institutos de formación y se consolidaron aquellos ya existentes. En 1980 se creó la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES); en el mismo año, Caldiz y Gindín organizaron el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad (CETIS), institución privada dedicada durante 20 años a la formación de médicos y psicólogos como especialistas en sexología clínica. En 1982 ambos profesionales fundaron la

Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH), la principal asociación profesional actualmente; en 1983 se creó el Instituto Kinsey en Rosario. Este proceso de expansión y consolidación institucional de la sexología fue simultáneo al descenso de los niveles de represión ejercida por la dictadura militar (a inicios de la década de 1980) y se vio notablemente favorecido por el retorno de la democracia en 1983, que extendió el debate sobre cuestiones sexuales a un público más amplio y permitió el desarrollo de algunas iniciativas en educación sexual.⁶

Al mismo tiempo, en la ciudad de Buenos Aires, quienes se graduaban como especialistas en sexualidad establecieron consultorios privados y centros de atención. Esto significó un poderoso impulso para la vertiente clínica de la sexología, al abrirse nuevos canales de contacto con potenciales pacientes, en tácita disputa con el psicoanálisis.⁷ Durante largo tiempo el psicoanálisis fue visto (y aún es visto por amplios sectores sociales) como un conocimiento y una terapéutica apropiados para abordar la sexualidad, e incluso así fue considerado por muchos de los sexólogos pioneros, que tenían formación psicoanalítica.

En la década de 1980 comenzaron a extenderse dentro del campo sexológico los enfoques cognitivo-conductuales que hoy predominan en las terapias sexológicas. Estos enfoques –en los que se inscriben los clásicos modelos de Masters y Johnson (1981) y Helen Kaplan (1975) – proponen una terapia focalizada en la resolución de un problema puntual, a partir de la modificación de comportamientos y pensamientos identificados como “disfuncionales”. En las entrevistas, el profesional indaga en detalle qué sucede en los encuentros sexuales de la pareja, porque

⁶ Cabe señalar que aquel momento histórico de apertura política encontró a la mayoría de los sexólogos lejos de los movimientos sociales que luchaban por lo que luego se denominaría los derechos sexuales y reproductivos.

⁷ El psicoanálisis, en sus diversas variantes, es aún hegemónico en las instituciones universitarias de enseñanza de Psicología y ha logrado una enorme difusión social en Argentina (Balán 1991). Plotkin (2003) explica su amplia y rápida difusión en la década del 60 en Argentina a partir del crecimiento de una clase media rica y educada con nuevas expectativas y pautas de consumo y las modificaciones acaecidas en la concepción tradicional de la familia y el rol de la mujer.

ese es el escenario donde se buscan los aspectos que el paciente o la pareja deberán modificar. La premisa es que los comportamientos “problemáticos” pueden cambiarse a partir de la revisión de los propios pensamientos y conductas, en tanto el terapeuta señala al paciente formas alternativas de pensar y actuar. El predominio de los enfoques cognitivo-conductuales, explican algunos entrevistados, se relaciona con la posibilidad de trazar un plan de acción en función de objetivos concretos y luego medir los logros obtenidos evaluando así la eficacia de los tratamientos. La mayor eficacia de los enfoques cognitivo-conductuales es un argumento que esgrimen los sexólogos clínicos para rechazar los enfoques psicodinámicos (como el psicoanálisis) que trabajan las causas de larga data de un problema. La presencia del psicoanálisis en la sexología hoy es absolutamente marginal.

El impulso que tuvo la sexología clínica en la década de 1980 se realimentó a fines de la de 1990 con el descubrimiento por parte del laboratorio Pfizer de la droga sildenafil (conocida por su nombre comercial, Viagra) para el tratamiento de la disfunción eréctil. Más allá del grado de aceptación individual que suscite, todos los profesionales entrevistados reconocieron que la aparición del sildenafil acentuó la “medicalización” de la sexualidad, farmacologizando los tratamientos y dando predominio a los médicos (psiquiatras y urólogos) en detrimento de los profesionales no habilitados a recetar medicamentos (básicamente los psicólogos).

Esta asimetría en el prestigio y las incumbencias de las diferentes profesiones⁸ se ve reforzada por la existencia de una profunda división sexual del trabajo sexológico: según nuestro relevamiento, en Argentina una amplia mayoría de los sexólogos varones son médicos (78%), mientras que la mayoría de las sexólogas mujeres son psicólogas o tienen una formación de base no médica (80%) (Gogna et ál. 2011).

⁸ El diferente prestigio y poder que deriva del hecho de estar o no habilitado para recetar fármacos se remonta a las décadas de 1960 y 1970 con el desarrollo de los psicofármacos.

La medicalización de la sexualidad

Para poder entender las dimensiones y consecuencias del proceso de medicalización de la sexualidad, vale la pena retomar algunos de los rasgos constitutivos del campo sexológico. Como señalamos, se trata de un espacio multidisciplinario donde coexisten especialistas de variadas formaciones, dedicados a dos grandes vertientes: la sexología clínica y la sexología educativa.

El área clínica se ocupa del tratamiento de los “problemas sexuales” individuales o de pareja, tanto en su dimensión orgánica como psicológica. Las corrientes médicas abordan problemáticas concebidas como de origen principal o exclusivamente orgánico, diagnosticando enfermedades y “disfunciones”, basando sus intervenciones en el uso de fármacos, cirugías, inyecciones y prótesis. Aunque en el área clínica no existe un acuerdo sobre la existencia de una frontera clara entre los distintos tipos de orígenes, las corrientes psicológicas refieren abocarse a las “disfunciones sexuales” consideradas de origen psico-emocional y/o relacional. Sus tratamientos apuntan a mejorar el funcionamiento sexual a través de un “re-aprendizaje” de la conducta sexual “funcional”, mediante terapias breves (entre diez y quince sesiones, de frecuencia semanal o quincenal) y focalizadas (por ejemplo, recortan el síntoma tratando de definir el problema con la mayor claridad posible, suministran información y “tareas”, etcétera).

En cuanto a la sexología educativa, las escuelas públicas, privadas e incluso confesionales, son el espacio privilegiado de actuación de estos especialistas. Allí, las sexólogas (pues en su amplia mayoría son mujeres) coordinan actividades con alumnos, padres y/o docentes y asesoran a las instituciones en ciertas situaciones problemáticas (por ejemplo, los casos de abuso sexual). Otro conjunto de actividades de educación sexual se realizan a demanda de organizaciones comunitarias, grupos de mujeres y organismos gubernamentales y no gubernamentales que

solicitan talleres o charlas puntuales para sus poblaciones-objetivo.⁹

En síntesis, ambas vertientes pueden considerarse intervenciones “reparadoras” sobre la sexualidad en tanto se orientan a la “resolución de problemas”. Ahora bien, el acceso a la formación en una y otra rama conlleva requisitos diferentes. Sólo médicos y psicólogos están habilitados para acceder a la formación específica y al ejercicio de la sexología clínica. La vertiente educativa en cambio está abierta a una amplia gama de profesionales: docentes, psicólogos, cientistas sociales, psicólogos sociales, enfermeras y obstetras (son pocos los médicos que se forman en educación sexual). Esta convivencia entre especialidades no siempre es armoniosa dado el desigual poder y posibilidades laborales a que acceden unos y otros. En el área clínica, la creciente preponderancia de los fármacos en los tratamientos ha potenciado el tradicional poder de la biomedicina y desplazado a las psicoterapias.

¿Qué preocupa de la medicalización? (I): la crítica de las psicólogas

Tanto los sexólogos de formación médica como aquellos provenientes de la Psicología expresaron su preocupación por la creciente medicalización de la sexualidad que ha acompañado la difusión del sildenafil. Cabe destacar que, en boca de nuestros entrevistados, la expresión “medicalización” refiere exclusivamente al uso creciente de fármacos y procedimientos quirúrgicos en el abordaje de problemáticas sexuales, con el consecuente predominio de los médicos en detrimento de los psicólogos.

La masiva difusión del Viagra potencia un tipo de abordaje pre-existente en la sexología clínica (orientado a la resolución de “problemas” y focalizado en el síntoma), al tiempo

⁹ Cabe señalar que en Argentina el campo de la educación sexual excede a la sexología para nutrirse de otras prácticas, enfoques y actores sociales (como el movimiento de mujeres).

que desmotiva a quienes se habían formado en terapias sexuales procurando ofrecer un tratamiento más comprehensivo:

Los médicos es como que no crecieron en terapia, y hoy lo arreglan mucho con...los médicos sexólogos, lo arreglan mucho con medicación. (...) Para mí la sexología no es eso. Que pueda ser ayudada por medicamentos me parece perfecto y a veces nosotros mandamos a medicar, pero que no sea eso. (Psicóloga, sexóloga clínica y educadora sexual)

En sexología clínica hay ahora, también en la cuestión clínica, hay dos corrientes dentro de la sexología: la medicalizada y la no medicalizada. (Docente, sexóloga educativa)

[Los sexólogos] se ocupan de los síntomas, de todo lo que son las disfunciones sexuales, del cuadro de síntomas. (...) Si vos no revisaste otras cosas, vos vas a ser dependiente del medicamento. Si te dicen que si vos no tomás esto para el corazón vas a tener síntomas, vos lo tomás. En estos casos es más discutible, que tengas el síntoma sexual, que tengas alguna posibilidad de revisarlo desde otro lugar, y no que te den un antidepresivo o el Viagra, alguna opción. (Psicóloga, psicoterapeuta)

Desde la perspectiva de estas psicólogas y educadoras sexuales, el principal cuestionamiento a la “corriente medicalizadora”, percibida como hegemónica al interior del campo sexológico, es que en los problemas sexuales intervienen también factores emocionales y afectivos, cuya resolución no se logra con fármacos. Las críticas a la medicalización se centran en la preponderancia adquirida por el sildenafil, como apunta Bozon, en tanto este medicamento

traduce, en la representación de la sexualidad, una tendencia a disociar los diversos componentes del funcionamiento sexual: pensada sin relación con el compañero, la erección es colocada en el centro de la relación sexual, pero encarada como un

problema mecánico, aislada del resto del desarrollo del acto sexual (Bozón, 2004: 146).

Nuestras entrevistadas argumentan que, a diferencia de los tratamientos con fármacos, las terapias sexuales trabajan sobre la subjetividad del paciente, sus problemas vinculares y sus temores. La idea subyacente es que el abordaje psicológico garantiza *per se* la consideración del paciente en su condición de sujeto:

Esta disyuntiva, si vamos a medicalizar totalmente la terapia sexual o vamos a humanizarla, creo que es la gran discusión y que los referentes [médicos sexólogos] ahora son la fuerza que tienen los laboratorios y los que venden sildenafil (...) Eso por un lado, la fuerza médica y la medicalización de la sexualidad, contra aquellos que están tratando de mantener una terapia más humanizada (Lic. en Ciencias Sociales, educador sexual).

¿Qué preocupa de la medicalización? (II): la crítica de los médicos

También entre los sexólogos médicos se registró algún grado de preocupación por el uso de fármacos como eje del tratamiento. Estos profesionales manifestaron que sólo deben indicarse en casos puntuales, como una entre múltiples opciones terapéuticas. Lo que cuestionan es fundamentalmente el “negocio” que existiría en torno de la salud sexual, reflejado en la reciente proliferación de profesionales e instituciones de medicina sexual. Aun a costa de generar efectos iatrogénicos para los pacientes –sostienen algunos entrevistados– en los institutos privados de medicina sexual utilizan el mismo método indiscriminadamente para diferentes problemas (ausencia de deseo, disfunción eréctil, eyaculación precoz) y promueven el uso de ciertas drogas por largos períodos debido a un interés espurio:

Tratan con lo mismo la dificultad en la erección que los trastornos de control eyaculatorio, y a todos les inyectan un vaso-dilatador en el pene,

pero esto es abrocharlos a una medicación que tienen que ir a comprar todos los meses. Está todo este negocio de la salud sexual que, bueno, pasa también en otras especialidades, obviamente, pero yo conozco más lo que me llega a mí. Hay un 30% aproximadamente de pacientes que veo, que me llegan con experiencias terapéuticas previas absolutamente desastrosas (Médico, sexólogo clínico y educador sexual).

Este testimonio ilustra la creciente visibilidad adquirida por la medicina sexual como una rama médica dedicada a la investigación y al tratamiento de las disfunciones sexuales. Para nuestros entrevistados, en cambio, debe considerarse una especialidad externa al campo sexológico.¹⁰

La industria farmacéutica –que apoya la realización de congresos y financia investigaciones y publicaciones de algunos profesionales– juega un rol central en la disputa entre la sexología clínica y la llamada “medicina sexual”.

Se refleja, por ejemplo, en conflictos que puede haber dentro de las sociedades de sexología, conflictos de poder en donde de repente los médicos como tienen detrás suyo el apoyo económico de los laboratorios, quieren ocupar lugares de poder... (Psicólogo, sexólogo clínico).

Asimismo y como en otras especialidades médicas, los laboratorios condicionan en cierta medida los tratamientos y fármacos que se prescriben a los pacientes.¹¹

¹⁰ Que la ciudad de Buenos Aires fuese sede del 1º Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Impotencia (SLAI) en 1990 y del 11º Congreso Mundial de Medicina Sexual (organizado por la entonces International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR)) en 2004 refleja el avance de la medicina (especialmente de la urología) en el campo de la salud sexual y reactualiza la puja entre profesiones por adjudicarse el monopolio en el tratamiento de la sexualidad.

¹¹ Sobre el papel de los laboratorios en las etapas recientes del proceso de medicalización de la sexualidad, véase Giami (2009).

“Medicalización” versus “humanización”

Existe consenso entre los entrevistados en que la consulta sexológica ha cambiado radicalmente porque la píldora está instalada entre el paciente y el profesional desde el inicio del tratamiento. Según los informantes, la mayor parte de los hombres que consultan por disfunción eréctil llegan al consultorio con conocimiento y experiencia en el uso del sildenafil. Al profesional solo le resta entonces indicar las mejores condiciones para aumentar la efectividad del medicamento. En un contexto en el cual los fármacos ocupan el lugar de la palabra, las terapias sexuales y, consecuentemente, las y los psicólogos, pierden terreno a pasos agigantados.

A diferencia de la manera amplia en que es concebida la medicalización en las Ciencias Sociales,¹² los sexólogos entrevistados utilizan el término para referirse a lo que en sentido estricto debería denominarse “farmacologización” de los tratamientos. Es plausible pensar que tanto la formación disciplinar recibida (sea en Medicina sea en Psicología y bajo la preeminencia del enfoque cognitivo-conductual) como las características de la intervención a realizar (orientada a la “resolución de problemas”) no favorecen el desarrollo de una conciencia crítica sobre estos procesos. El carácter “práctico” de la sexología clínica no solo se verifica en el peso de los tratamientos médicos de las “disfunciones sexuales” sino también en el peso que han adquirido las psicoterapias breves y focalizadas. Las soluciones eficaces y rápidas desplazan a la búsqueda de la comprensión de las causas más profundas de lo que se manifiesta como problemático en un contexto en el cual la medicalización alcanza crecientemente diversos aspectos de la vida.

¹² Como un fenómeno que excede al uso de elementos farmacológicos y que también opera por fuera del ámbito médico, en otros dominios de la vida social. Por ejemplo, plantear a la sexualidad exclusivamente en términos de “salud sexual” (entendida como ausencia de enfermedad) en las instituciones de salud o en la legislación también puede considerarse parte del proceso de medicalización de la sexualidad.

Al respecto, cabe preguntarse en qué medida las nociones y prácticas utilizadas por la corriente psicológica dominante en la sexología (la cognitivo-conductual) no contribuyen también a reforzar la “medicalización” y cierta normatización de la sexualidad (por ejemplo, bajo un ideal de “rendimiento sexual” definido por dicho saber experto). Sobre esto, es sugerente la observación de Russo y Rohden acerca de la dinámica entre psicólogos y médicos en el campo sexológico de Brasil:

El tema de la colaboración, o incluso de la complementariedad de tareas, es siempre reafirmado. Nos parece que el campo de la sexología, en lo que respecta a su vertiente clínica, se constituye a partir de una visión que podríamos llamar “médico-psicológica”, un poco a la manera de Masters y Johnson, pero con la nítida preponderancia política e institucional de los médicos. Lo que quedó claro, a partir de la observación del campo, es que los psicólogos trabajan dentro de esta perspectiva, sin necesariamente ponerla en cuestión (Russo y Rohden, 2011: 130).

Esta visión médico-psicológica compartida en la sexología clínica explicaría, al menos en parte, por qué desarrollos teóricos críticos, como la perspectiva de género, tienen tan poca presencia en el discurso de nuestros entrevistados. Así las cosas, entender a la medicalización como la conceptualizamos desde las Ciencias Sociales implicaría para dichos profesionales cuestionar a la propia sexología en tanto disciplina, independientemente de la mayor o menor predisposición a utilizar recursos farmacológicos.

La ausencia de una perspectiva de género

Los factores antes mencionados (la formación disciplinar y la orientación de la especialización en sexología), también

permiten comprender la baja pregnancia de una perspectiva de género en este campo.¹³

La propia definición de las disfunciones sexuales y sus tratamientos suelen reflejar representaciones tradicionales de género en la manera en que estos profesionales conciben la sexualidad masculina y la femenina. La centralidad del sildenafil para tratar la disfunción eréctil (una tendencia creciente en la sexología de Argentina) supone una sexualidad masculina orgánica, bioquímica y desprovista de cualquier aspecto relacional, y refuerza la idea de que el desempeño masculino está ligado exclusivamente al funcionamiento del órgano sexual (Bozon 2004). Desde comienzos del siglo XX, la cuestión del rendimiento sexual masculino operó como un mandato bajo diversos discursos científicos (médicos, pero también psicológicos), al considerarlo la manifestación de un instinto natural intrínseco al varón (Laumann y Gagnon 1995). En estos discursos subyacía la asociación de rendimiento sexual (expresada por la erección y/o la eyaculación en el momento adecuado) con virilidad y normalidad. Los recientes desarrollos de la medicina y la farmacología sobre la sexualidad masculina se enfocan en la función eréctil y la eyaculación, concibiéndolas como desprovistas de todo aspecto relacional y otorgando centralidad al funcionamiento orgánico y bioquímico (Rohden 2009). Las dimensiones psíquicas, psicosociales y relacionales son reducidas a factores que pueden afectar la función sexual bajo la modalidad de estrés, depresión o ansiedad. En cambio, en el caso de la sexualidad de la mujer, las investigaciones actuales abordan el deseo y la excitación (o su debilidad) y otorgan un lugar significativo a las cuestiones psicológicas, emocionales y relacionales. La expectativa por la llegada de un “Viagra femenino” (bajo la forma de un parche de testosterona) orientado a aumentar el deseo refleja la persistencia

¹³ Como “perspectiva de género” designamos a una serie de enfoques analíticos y programáticos acerca del orden simbólico con que cada cultura elabora la diferencia sexual. El género es tanto un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos como una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott 1996: 289-298).

de una visión de la sexualidad femenina como más compleja y atravesada por la dimensión relacional (Russo y Rohden 2011).

Estas representaciones tradicionales sobre la sexualidad parecen acentuarse por la farmacologización de la práctica sexológica. Su permanencia indicaría que en este campo no se ha adoptado una perspectiva de género que ayudaría a entender cómo ciertas supuestas diferencias entre varones y mujeres funcionan como desigualdades y permitiría cuestionarlas. Nuestra indagación empírica confirma la baja pregnancia de dicha perspectiva en el campo sexológico local.

El análisis documental reveló que sólo cinco de las doce organizaciones sexológicas identificadas expresan adherir a la perspectiva de género entre sus objetivos (Gogna *et al.* 2011). Aunque la mayoría de los programas de formación sexológica a los que accedimos (dieciocho de veintidos) enuncian temas relacionados al género, éste aparece como un fenómeno más a considerar y en la mayoría de los casos (catorce de dieciocho) se incluye sólo en una unidad del programa. Esto es, el género no aparece como un enfoque transversal a los distintos objetos de intervención de la sexología.

En las entrevistas a los profesionales, las referencias a dicha perspectiva asumen el carácter de un discurso políticamente correcto y de un indicador de actualización profesional:

Me parece importante hacerlo desde una perspectiva de género, porque de hecho yo considero que tanto varones como mujeres somos primero personas y merecemos igualdad de derechos y oportunidades. Eso hace que, obviamente, yo en la consulta, o en la formación, diga: “las niñas y los niños”... (Médico ginecólogo, sexólogo clínico y educador sexual).

En la mayoría de las respuestas parece haber una invocación de tipo ritual de la expresión “perspectiva de género”: se reduce a cambios en el lenguaje (el uso de “las y los”) o se convierte en una declamación formal de igualdad de derechos (cuando no es confundida con el predominio numérico de las mujeres en ciertos ámbitos laborales o académicos). Estas

referencias pueden atribuirse, por un lado, a la creciente aceptación social de la igualdad de género como horizonte deseable (y el rechazo a las expresiones discursivas machistas más evidentes), en los sectores medios urbanos en Argentina, a los que pertenecen estos sexólogos y sus pacientes. Por el otro, al mencionar esta perspectiva demostrarían que están al tanto de ciertos enfoques “de moda” y actualizarían valores como la libertad y el goce sexual femenino, promovidos por corrientes previas de la sexología, como la de Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld y su Liga para la Reforma Sexual de entreguerras (Weeks 1998: 114).

En síntesis, de sus documentos y discursos se desprende que la mayoría de los integrantes del campo sexológico no visualiza a los estereotipos de género, las asimetrías de poder entre varones y mujeres, y los mandatos sexistas como factores que intervienen en los problemas que su profesión intenta resolver. En términos explicativos, cabe señalar que los principales referentes de la sexología en Argentina (la mayoría de los cuales fueron entrevistados) pertenecen a una generación que se formó con anterioridad a la difusión de los estudios de género a fines de los años de 1980 (Gogna et ál. 2009). Por sobre esto, a nivel local la enseñanza de la Psicología ha estado dominada por un enfoque psicoanalítico que muchas veces refuerza visiones tradicionales sobre la sexualidad femenina (Plotkin 2003).

Recapitulación y conclusiones

Nos propusimos indagar y reflexionar críticamente sobre los diversos sentidos de la medicalización de la sexualidad en Argentina, desde el punto de vista de los propios especialistas en sexualidad. Partimos de conceptualizar la medicalización como un proceso de alcance mundial que supone definir prácticas y estados sexuales como problemas de salud (y en tanto tales, diagnosticables) a resolver mediante la aplicación de técnicas y saberes expertos (tratamiento).

Al describir la constitución del campo sexológico en Argentina, mostramos cómo la impronta médica estuvo desde sus

orígenes, y se profundizó a fines de la década del '90 con el lanzamiento del sildenafil. En el discurso de los entrevistados, la “medicalización” de la sexualidad es presentada como equivalente a su farmacologización, es decir, al uso creciente de fármacos y procedimientos quirúrgicos en los tratamientos de las disfunciones sexuales y el consecuente desplazamiento de las psicoterapias. Este proceso acarrea tensiones para la sexología, muchas de las cuales derivan del poder de la biomedicina frente a otros saberes.

Uno de los disensos más resonantes actualmente es planteado en términos de “medicalización” versus “humanización” de los tratamientos. El conflicto se desarrolla en dos frentes. Un primer enfrentamiento se produce entre quienes – considerándose parte del campo sexológico— proponen un abordaje integral (psico-físico) de los problemas sexuales y quienes se enrolan en la denominada “medicina sexual” –encarnada principalmente por urólogos y considerada externa a la sexología— que se dedica al tratamiento de las disfunciones sexuales en su dimensión exclusivamente orgánica. El otro frente del conflicto se da entre aquellos sexólogos médicos más proclives a la adopción de tratamientos farmacológicos y los sexólogos que defienden las terapias sexuales como garantía de una atención “humanizada” que reconoce al paciente su condición de sujeto. Frente a los avances farmacológicos, las terapias sexuales y, consecuentemente, las psicólogas sexólogas, parecen haber perdido terreno.

Así, se advierten matices en las críticas a la medicalización esbozadas por diferentes integrantes del campo: mientras que las psicólogas destacan que los fármacos ocupan progresivamente el lugar de la palabra (desplazando a los psicoterapeutas), los sexólogos de formación biomédica expresan su descontento al notar que son equiparados a (o reemplazados por) urólogos sin formación sexológica pero con capacidad de prescribir medicamentos o intervenir quirúrgicamente. Unas y otros ven menoscabados sus *expertises* y sus respectivos ingresos. Adicionalmente, el apoyo que algunos profesionales médicos obtienen de los laboratorios farmacéuticos refuerza su mayor poder y visibilidad frente a otros colegas.

Al analizar la medicalización de la sexualidad, procuramos ir más allá del punto de vista de los profesionales entrevistados.

En este sentido es que nos planteamos interrogantes no solo acerca del papel de los médicos y la industria farmacéutica, sino también sobre el rol de la Psicología y sus profesionales. Desde una noción de “medicalización” que trascienda la mera farmacologización, resulta evidente que también quienes tienen formación en Psicología pueden obrar dentro de dicho canon, aun cuando critiquen a la sexología farmacologizada y a la medicina sexual. En este sentido, las nociones y prácticas de la corriente psicológica dominante en la sexología (la cognitivo-conductual) también parecen reforzar la definición de prácticas y estados sexuales como problemas de salud a resolver mediante la aplicación de técnicas y saberes expertos. La normatización se torna evidente en propuestas terapéuticas que, por lo general, alimentan estereotipos acerca de la sexualidad masculina y la femenina que reproducen inequidades. La ausencia de una perspectiva de género en este campo priva a sus profesionales de herramientas para problematizar dichos estereotipos y la cuestión del poder entre los integrantes de las parejas sexuales.

Anexo

Cuadro 1: Informantes clave entrevistados

	Sexo	Profesión de origen	Especialidad en sexualidad	Pertenencia institucional	Área de actuación
1	F	Profesora de biología	Especialista en educación sexual	ASEL	Provincia de Entre Ríos
2	M	Médico ginecólogo	Sexólogo clínico	CIPRESS - ASEL	Provincia de Entre Ríos
3	F	Bióloga y profesora en cs. Biológicas. Docente	Educadora sexual	SOCOSEX	Provincia de Córdoba
4	M	Lic. en comunicación social	Educador sexual	AASES	Provincia de Buenos Aires
5	M	Médico ginecólogo	Psicoterapeuta de pareja y especialista en sexología clínica y educación sexual	SOCOSEX	Provincia de Córdoba
6	F	Psicóloga	Sexóloga clínica y educadora sexual	ARESS, Instituto Kinsey	Provincia de Santa Fe
7	F	Lic. en Eugenesia y Humanismo	Terapeuta. Gerontóloga. Sexóloga clínica y sexóloga educativa	FESEA	Ciudad de Buenos Aires
8	M	Psicólogo	Sexólogo clínico	SASH	Provincia de Buenos Aires
9	M	Médico psiquiatra y Psicoanalista	Sexólogo clínico	CETIS	Ciudad de Buenos Aires
10	M	Médico Psiquiatra	Sexólogo clínico	SASH	Ciudad de Buenos Aires
11	F	Psicóloga Social	Sexóloga educativa	AASES	Provincia de Buenos Aires
12	F	Psicóloga	Sexóloga clínica	SASH y FLASSES	Provincia de Río Negro; Ciudad de Buenos Aires
13	M	Médico urólogo	Andrólogo	Hospital Italiano y PROCREARTE	Ciudad de Buenos Aires

14	F	Médica ginecóloga y obstetra	Médica especialista en endocrinología ginecológica	SAEGRE	Ciudad de Buenos Aires
15	M	Médico psiquiatra	Psicoanalista con perspectiva de género. Sexualidad masculina.	Foro de Psicoanálisis y Género	Ciudad de Buenos Aires
16	F	Psicóloga	Psicoterapia heterodoxa. Temáticas sexuales.	Grupo de Estudio de Sexualidades (IGG/UBA)	Ciudad de Buenos Aires
17	F	Psicóloga	Psicoanalista con perspectiva de género. Mujeres.	World Federation for Mental Health Foro de Psicoanálisis y Género	Ciudad de Buenos Aires
18	F	Psicóloga	Sexóloga Clínica	CEPAS	Provincia de Mendoza
19	F	Lic. en obstetricia	Educadora Sexual	IPESS	Ciudad de Buenos Aires
20	M	Médico especialista en Psiquiatría	Sexólogo	AISM y SASH	Ciudad de Buenos Aires

Glosario de siglas de las asociaciones e instituciones sexológicas

AASES: Asociación Argentina de Sexología y Educadores Sexuales
 AISM: Academia Internacional de Sexología Médica
 ARESS: Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología
 ASEL: Asociación Sexológica del Litoral
 CEPAS: Centro de Educación, Pareja y Asistencia a la Sexualidad
 CETIS: Centro de Terapia e Investigación en Sexualidad
 CIPRESS: Centro Interdisciplinario de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida
 FESEA: Federación Sexológica Argentina
 FLASSES: Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual
 IPESS: Instituto de Prevención y Educación en Salud y Sexualidad
 SOCOSEX: Sociedad Cordobesa de Sexología
 SAEGRE: Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva
 SASH: Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

Cuadro 2: Historia de la sexología y contexto sociopolítico en Argentina

Etapa	Historia de la sexología	Contexto sociopolítico
<p>1957 - 1973</p> <p>Los antecedentes y el surgimiento de las primeras instituciones sexológicas</p>	<p>⇒ <i>Psicoanálisis : hegemonía dentro del campo “psi” y amplia difusión en clases medias urbanas</i></p> <p>1957. Psicóloga Giberti funda la “Escuela para Padres” (hasta 1973) y populariza conceptos psicoanalíticos sobre sexualidad.</p> <p>⇒ <i>Primeros cursos, jornadas y asociaciones sexológicas</i></p> <p>1963. 1eras Jornadas Latinoamericanas de Sexología (Mendoza).</p> <p>1967. Médicos ginecólogos y obstetras fundan la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF), federada a la IPPF, y dan cursos de planificación familiar para médicos y educadores, que incluyen educación sexual.</p> <p>1969. Médico Doménech funda la Sociedad Argentina de Sexología y Educación Sexual.</p> <p>1970. Médico Segú funda la Escuela Argentina de Sexología, donde forma a educadores y terapeutas sexuales, edita la Revista Argentina de Sexología y Educación Sexual y organiza el 1er Congreso Argentino de</p>	<p>1955. Golpe militar derroca al presidente Perón.</p> <p>1955-1973. Alternancia entre dictaduras militares y gobiernos electos con el peronismo proscrito.</p> <p>1956-1966. Edad dorada de las universidades, surgimiento de vanguardias estéticas y explosión de la industria editorial: sensación de “modernización cultural”.</p> <p>1958-1962. Presidencia de Arturo Frondizi, depuesto por golpe militar.</p> <p>1963-1966. Presidencia de Arturo Illia, depuesto por golpe militar.</p> <p>1966-67. Campañas moralizadoras e intervención a las universidades de parte del gobierno militar.</p> <p>1967. Primer grupo político por la liberación homosexual (“Nuestro mundo”) y organizaciones feministas de la segunda ola (Unión Feminista Argentina y Movimiento de Liberación Femenina).</p> <p>1969. Radicalización política extendida: sindicalismo combativo y movimiento estudiantil (“Cordobazo”), inicio de la guerrilla urbana contra la dictadura militar y por el regreso de Perón.</p> <p>1973. Cámpora, candidato del peronismo, es electo presidente en comicios democráticos. Breve “Primavera camporista”: libertad de expresión, protagonismo de la juventud y radicalización política.</p>

	<p>Sexología y Educación Sexual (tema oficial: la “impotencia sexual”).</p> <p>1972. Giberti dicta la cátedra Sociología de la Vida Sexual (hasta 1984), en el Posgrado “Teoría y Práctica en Psicoanálisis” (en una universidad privada).</p>	
<p>1973 – 1983</p> <p>Entre el apoyo internacional y las experiencias en las sombras de la dictadura</p>	<p>⇒ <i>Emerge la cuestión de la educación sexual, con apoyo de la cooperación internacional y relacionado con el contacto con otros países de la región</i></p> <p>1975. Se crea el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC), merced al apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional.</p> <p>⇒ <i>Surgen nuevas asociaciones y centros de formación que serán hegemónicos en el campo sexológico hasta el presente</i></p> <p>1976. Ginecóloga Zeno, junto a médicos y psicólogos jóvenes, fundan la Asociación Rosarina de Educación Sexual (ARES, que luego se llamará Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología), primera institución en el país dedicada específicamente a la educación sexual (cursos de formación en sexualidad para médicos y psicólogos).</p> <p>1980. Psicóloga Caldiz y</p>	<p>1973. Perón es electo presidente y muere en 1974, quedando a cargo la vicepresidenta, Isabel Martínez, su esposa.</p> <p>1974. Decreto que restringe la comercialización de anticonceptivos y prohíbe desarrollar actividades de control de la natalidad.</p> <p>1975. Comienza la represión parapolicial (Triple A) y continúa la lucha armada de organizaciones guerrilleras (ERP, Montoneros).</p> <p>1976. Golpe militar derroca al gobierno constitucional.</p> <p>1976-1983. Dictadura militar: censura, intervención de universidades, encarcelamiento o aniquilación de intelectuales y militantes (30 000 desaparecidos). Simultáneamente, surgimiento de grupos de estudio en la semi clandestinidad (“universidad de las catacumbas”)</p> <p>1982. Guerra de Malvinas: derrota argentina y aceleración de la caída de la dictadura</p> <p>1983. Alfonsín, candidato del radicalismo, es electo presidente en comicios democráticos.</p>

	<p>psiquiatra Gindín fundan el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad (CETIS), iniciando la formación sistemática en sexología clínica (para graduados en psicología y medicina), en un curso bianual presencial (hasta 1999).</p> <p>1980. Se funda la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), con sede en Buenos Aires.</p> <p>1981. Psicóloga Lerer funda la Asociación Argentina de Sexualidad Humana (AASH).</p> <p>1982. Gindín y Caldiz crean la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH), a modo de asociación profesional.</p> <p>1983. Miembros de ARES crean el Instituto Kinsey de Rosario, primera institución del interior del país en ofrecer formación sexológica.</p> <p>1983. Se crea la Sociedad Argentina de Urología, donde más tarde funcionará un subcomité de disfunciones sexuales.</p>	
<p>1983-1989</p> <p>El auge de la sexología en la Argenti</p>	<p>⇒ <i>Ampliación y consolidación del campo sexológico</i></p> <p>Profesionales y grupos locales refuerzan conexiones con organizaciones de otros países para consolidar su formación.</p>	<p>⇒ <i>Restauración democrática</i></p> <p>1984. Ingreso irrestricto a las universidades públicas y modificación del cuerpo docente (con reincorporación de profesores que retornaron del exilio).</p>

<p>na democr ática</p>	<p>Proliferación de consultorios privados y centros de atención</p> <p>Visita al país de sexólogos/as internacionales reconocidos (Helen Kaplan, Herbert Lopíccolo, John Money).</p> <p>1986. 1eras Primeras Jornadas de Sexología organizadas por la SASH</p> <p>1988. Se realiza en Buenos Aires el IV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, organizado por FLASSES.</p> <p style="text-align: center;">⇒ <i>“Auge” de la sexología en Argentina</i></p> <p>Finales de los 80 y principios de los 90: época de auge del campo, por la difusión de las terapias sexuales, el incremento de demanda en los consultorios, la publicación de libros de divulgación que tuvieron éxito entre un público masivo y la presencia de los sexólogos/as en los medios de comunicación.</p>	<p>1985. Juicio y condena a las Juntas Militares por las violaciones a los derechos humanos durante la dictadura 76-83.</p> <p>1983-1987. “Primavera alfonsínista”: libertad de expresión y “destape sexual” en los medios, mayor pluralismo y apertura de canales de difusión de información y conocimientos en torno a la sexualidad para el público en general.</p> <p style="text-align: center;">⇒ <i>Leyes orientadas a mejorar la situación de las mujeres</i></p> <p>1984. Argentina ratifica la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación hacia la mujer (CEDAW).</p> <p>1985. Ley de Patria Potestad Compartida.</p> <p>1987. Ley de Matrimonio Civil y Divorcio Vincular.</p> <p>1988. Ley sobre Actos Discriminatorios (incluye discriminación por sexo).</p> <p style="text-align: center;">⇒ <i>Decepciones de la democracia</i></p> <p>1986-1987. Leyes de impunidad para militares implicados en la represión (“Obediencia debida” y “Punto final”).</p> <p>1988-1989. Hiperinflación y fuerte presión de grupos económicos sobre el gobierno de Alfonsín, que finaliza anticipadamente su mandato.</p>
<p>1989-2008</p>	<p style="text-align: center;">⇒ <i>Nuevos procesos de institucionalización</i></p>	<p style="text-align: center;">⇒ <i>Reforma, crisis y salida democrática</i></p>

<p>Entre el esfuerzo de regulación de la actividad profesional y la creciente medicalización</p>	<p>Intenso intercambio regional en congresos latinoamericanos organizados por FLASSES.</p> <p>1992-2004. Las principales asociaciones sexológicas argentinas (SASH, Kinsey y FESEA) aprueban sus reglamentos de acreditación en sexología clínica y/o educativa, en búsqueda de legitimación social y regulación profesional.</p> <p>1999. Se crea la Federación Sexológica Argentina (FESEA), con el propósito de aglutinar a las asociaciones sexológicas de todo el país (vocación federal).</p> <p>2002-2003. Se crean asociaciones regionales en diferentes ciudades del país.</p> <p style="text-align: center;">⇒ <i>Remedicalización de la sexología</i></p> <p>1990. Se funda la Sociedad Latinoamericana de Impotencia (SLAI), como capítulo regional de la International Society for Impotence Research (ISIR).</p> <p>1992. La SLAI realiza en Buenos Aires su 1er Congreso Latinoamericano.</p> <p>1998. Impulso de la sexología clínica por el descubrimiento del sildenafil para el tratamiento de la disfunción eréctil: médicos ganan terreno en detrimento de psicólogos. Surgimiento y consolidación de la medicina sexual, como</p>	<p>1989. Menem, candidato del peronismo, es electo presidente y reelecto en 1995 (hasta 1999).</p> <p>1999. De la Rúa, candidato de una alianza opositora al peronismo, es electo presidente.</p> <p>1989-2001. Reforma neoliberal del Estado e incremento de los niveles de pobreza.</p> <p>2001. Renuncia el presidente De la Rúa, ante una grave crisis política e institucional y la creciente conflictividad social.</p> <p>2003. Néstor Kirchner, uno de los candidatos del peronismo, es electo presidente hasta 2007.</p> <p>2003-2007. Crecimiento económico y disminución del desempleo.</p> <p style="text-align: center;">⇒ <i>Leyes relativas a derechos sexuales y reproductivos</i></p> <p>1990. Ley nacional de Sida</p> <p>1994. Reforma de la Constitución Nacional: nuevos derechos que mejoran el estatus de las mujeres e inclusión de la CEDAW (entre otros pactos de Derechos Humanos) a la Constitución.</p> <p>2002. Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.</p> <p>2002. Ley de Unión Civil de la Ciudad de Buenos Aires, primera ley en América latina que reconoce a las parejas formadas por personas del mismo sexo.</p>
--	---	--

	<p>nueva rama de la medicina dedicada a investigar y tratar las disfunciones sexuales.</p> <p>2004. 11° Congreso Mundial de Medicina Sexual en Buenos Aires, organizado por la International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR).</p>	<p>2006. Ley Nacional de Educación Sexual.</p> <p>2007. Cristina Fernández de Kirchner, primera mujer en ser electa para la presidencia de la Nación.</p> <p>2010. Ley de Matrimonio Igualitario (entre personas del mismo sexo).</p>
--	---	---

Bibliografía

- Aller Atucha, Luis María; Bianco Colmenares, Fernando; Rada Cadenas, Dora (1994). “Perspectiva histórica de la educación sexual y la sexología clínica en América Latina”. Ponencia presentada” en el *VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual*. La Habana, Cuba.
- Balán, Jorge (1991). *Cuéntame tu vida: una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Planeta.
- Béjin, André (1987a). “Crepúsculo de los psicoanalistas, aurora de los sexólogos” en Ariés, Phillipe y Béjin, André (orgs.). *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires : Paidós.
- Béjin, André (1987b). “El poder de los sexólogos y la democracia sexual” en Ariés, Phillipe y Béjin, André (orgs.). *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires : Paidós.
- Bozon, Michel (2004). *Sociologia da sexualidade*. Río de Janeiro: FGV.
- Bullough, Vern (1994). *Science in the bedroom: A History of Sex Research*. Nueva York: Basic Books.
- Cosse, Isabella (2008). *Familia, pareja y sexualidad en Buenos Aires (1950-1975). Patrones, convenciones y modelos en una época de cambio cultural*. Tesis de doctorado en Historia, Universidad de San Andrés, Argentina.
- Flores Colombino, Andrés (1980). “La enseñanza de la sexología en Latinoamérica”. *Revista Latinoamericana de Sexología*, (1), 113-132.
- Foucault, Michel (2000a). *La historia de la sexualidad I: la voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2000b). *Los anormales: curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo Cultura Económica.
- Fridman, Cristina (2007). “Formación de recursos en sexualidad humana. Algunas consideraciones históricas del desarrollo de la disciplina y el caso particular de la Argentina 1910-2006” . *Revista de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana*, XX (1).
- Irvine, Janice (2005). *Disorders of desire: sexuality and gender in modern American sexology*. Filadelfia: Temple University Press.

- Giami, Alain (2009). “Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade”. *Physis*, 19(3), 637–658.
- Gogna, Mónica, Pecheny, Mario y Jones, Daniel (2009). “Teaching Gender and Sexuality at Public Universities in Argentina” en *International Journal of Sexual Health*, 21(4), 225–238.
- Gogna, Mónica, Jones, Daniel e Ibarlucía, Inés (2011). *Sexualidad, Ciencia y Profesión en América Latina. El campo de la Sexología en la Argentina*. Río de Janeiro: CLAM-IMS.
- Kaplan, Helen (1975). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Laqueur, Thomas (2003). *Solitary Sex: A Cultural History of Masturbation*. Nueva York: Zone Books.
- Laumann, Edward y Gagnon, John (1995). “A Sociological Perspective on Sexual Action” en Parker, Richard, Gagnon, John. (eds.). *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Nueva York: Routledge, 183-213.
- Masters, William y Johnson, Virginia (1981). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Plotkin, Mariano (2003). *Freud en las pampas: orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Scott, Joan (1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Lamas, Marta (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: PUEG/UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 265-302.
- Rohden, Fabíola (2009). “Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais”. *Revista Estudos Feministas*. 17(1), 89–109.
- Russo, Jane y Rohden, Fabíola (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Río de Janeiro: CLAM-IMS.
- Rustoyburu, Cecilia (2012). *Infancia, maternidad y paternidad en los discursos de la Nueva Pediatría (Buenos Aires, 1940 a 1976)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
- Tiefer, Leonore (1996). “The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues”. *Annual Review of Sex Research*, 7, 252–282.

- Vezzetti, Hugo (1996). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*. Buenos Aires: Paidós.
- Weeks, Jeffrey (1985). *Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexualities*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Weeks, Jeffrey (1998). *Sexualidad*. México DF: Paidós y PUEG-UNAM.

CAPÍTULO 6

Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina

*Lucía Ariza*¹

¹ La autora desea agradecer a las siguientes instituciones por hacer posible sus estudios de postgrado: Programa Alþan, Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina, beca n° E07D403209AR; Overseas Research Student Award Scheme (ORSAS), Gobierno Británico; Central Research Fund, University of London; Allan and Nesta Ferguson Charitable Trust; y Foundation for the Sociology of Health and Illness. Asimismo, agradece también la generosa contribución de los profesionales que concedieron su tiempo para la realización de las entrevistas.

Como parte de una investigación más amplia sobre la donación de gametos (óvulos y espermatozoides) en Argentina, este capítulo explora la coordinación fenotípica de la reproducción asistida en tanto instancia de producción material del parentesco en una clínica de fertilidad. El término *coordinación fenotípica*, usualmente citado en inglés (*matching fenotípico*) refiere a la práctica de coordinar la apariencia física de los y las donantes de material reproductivo, con aquella de los futuros padres (en particular, con el progenitor cuyo gameto será sustituido a través del uso de un gameto donado), con el objetivo de favorecer la posibilidad de que la descendencia nacida de gametos donados posea algunos rasgos físicos similares a los de sus padres (especialmente, algún rasgo similar a los del progenitor que no aportó material genético a su descendencia). La coordinación fenotípica es altamente frecuente en Argentina (así como en el resto del mundo, donde en algunos países como en España es indicada por ley)¹, aunque la mayoría de los centros de fertilidad que operan en la Ciudad de Buenos Aires introducen cláusulas en sus consentimientos informados previniendo sobre la posibilidad de que el parecido físico no se realice dado el carácter azaroso de la recombinación genética en la fertilización.

La forma concreta en la cual se lleva a cabo la coordinación de los fenotipos de donantes y futuros progenitores

¹ La Ley española 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida indica para el caso de la donación de semen que “el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora”.

supone el uso de fotografías y otros dispositivos de inscripción (Latour y Woolgar 1986) tales como formularios de registro médico, que facilitan la recopilación y archivo de los datos fenotípicos de los donantes y receptores. El presente artículo indaga en la práctica de *matching* fenotípico como instancia de producción del parentesco entre donantes, receptores de gametos donados y descendencia procreada por gametos donados, con el objetivo de mostrar cómo los regímenes de parentesco son producidos materialmente a través del uso de dispositivos socio-técnicos como los arriba mencionados.

Al indagar en la coordinación fenotípica como instancia *técnica* (Latour 1999), este capítulo se propone por lo tanto mostrar cómo ciertos dispositivos de inscripción utilizados en contextos médicos producen filiación y desafiliación entre figuras potencialmente aspirantes a reclamar un vínculo de parentesco legítimo con la descendencia procreada. Tales dispositivos son utilizados para producir límites claros sobre quién puede y quién no puede ser considerado *pariente* de la descendencia nacida de gametos donados. Al mismo tiempo, el artículo permite echar luz sobre cómo tales aspectos normativos del parentesco son producidos de forma inmanente antes que derivar unilateralmente de normativas o sistemas abstractos, inconscientes o trascendentes (a la manera en la cual el parentesco fue considerado, por ejemplo, en el estructuralismo de Lévi-Strauss (1965), o en las teorías psicoanalíticas dominadas por leyes universales como el complejo de Edipo y el tabú del incesto (Freud (1972) [1950])). El parentesco se muestra así como un dominio también performatizado a través de prácticas clínicas (es decir, no solo en espacios como la familia) y cuya progresiva constitución supone la acción de agentes no humanos.

Metodología

La investigación de la que este capítulo resulta tuvo una aproximación metodológica basada en los Estudios de la Ciencia y la Tecnología. Esenciales para esta perspectiva son la asunción de simetría entre los agentes humanos y no humanos (Callon 1999),

la importancia dada a los procesos materiales además de los semióticos (Mol 2002; Latour 1999), y la atención prestada a la heterogeneidad de las conexiones o *agenciamientos*² entre diversos tipos de entidades (Law 2007). En consonancia con estas preocupaciones, acá se exploran algunas de las prácticas expertas de la reproducción asistida en Buenos Aires, Argentina, prestando especial atención al rol de dispositivos socio-técnicos en la consecución de regímenes técnico-normativos, a los procedimientos materiales en los cuales tales dispositivos se desempeñan, y al agenciamiento de estos dispositivos con los agentes humanos con los que entran en contacto.

Este capítulo se basa en entrevistas realizadas a profesionales que se desempeñan en el campo de la medicina reproductiva en Buenos Aires, entre ellos médicos/as, biólogos/as, y psicólogos/as y psicoanalistas. Dada la perspectiva metodológica asumida, las entrevistas tuvieron un foco descriptivo antes que narrativo, en la medida de que siguiendo a Annemarie Mol (2002) su objetivo era más explorar la naturaleza *praxiográfica*³ de la situación investigada, preguntando por ejemplo acerca de aspectos puntuales de los procedimientos médicos más que acerca de las opiniones e ideologías de los agentes humanos involucrados en tales praxiografías. En este sentido, a diferencia del modelo interpretativista en ciencias sociales, no se buscó “develar” esquemas de comprensión del mundo ocultos en los discursos de los entrevistados/as, sino más bien explorar la constitución de regímenes técnico-normativos tal cual ésta ocurre *en la superficie de las prácticas*.

Todas las entrevistas fueron personales y realizadas por la investigadora a cargo de la investigación. Siguiendo los estándares éticos en materia de investigación social, se han eliminado todas las adscripciones que pudieran potencialmente revelar la identidad

² Más abajo se discute el uso del término.

³ Para Mol (2002) una aproximación praxiográfica implica comprender los objetos de exploración como cosas manipuladas en la práctica antes que como el foco de las perspectivas y entendimientos de las personas involucradas. La diferencia es sutil pero apunta a mostrar cómo no son solo los discursos sociales sobre un objeto (en el caso de Mol, la enfermedad) los que lo constituyen, sino también las prácticas materiales de manipulación –de ahí el término praxiografía–.

de las personas entrevistadas, incluyendo nombres propios, lugares de trabajo, puestos desempeñados, etcétera. Con el mismo objetivo, las adscripciones profesionales de los y las entrevistados/as han sido reducidas a tres grandes grupos, *médicos*, *biólogos* y *profesionales de la salud mental*. Todos los entrevistados/as de esta investigación firmaron un consentimiento informado en el que se les ponía al tanto de los objetivos de la investigación, el tratamiento dado a la información y sus potenciales usos futuros a la vez que se daba lugar a la evacuación de inquietudes o consultas.

El *matching* fenotípico en la Argentina

En Argentina, la coordinación fenotípica –y la reproducción asistida de forma más amplia– no están a la fecha de esta publicación (enero 2012) reguladas por una ley nacional.⁴ El *matching* fenotípico se realiza, sin embargo, de forma muy frecuente, ya que es una práctica extendida a la mayoría de los centros que operan en el campo, y se lleva a cabo en la mayor parte de los casos de donación de gametos. Pareciera existir, por lo tanto, un acuerdo tácito respecto de la relevancia que tiene la coordinación fenotípica en el caso de la donación de gametos, aunque tal acuerdo no deriva ni de una normativa sancionada en una instancia legal, ni de consensos formales expresados en normas bioéticas o de otro tipo.

Al inquirir sobre el *matching* de fenotipos entre donantes y receptores de gametos, sin embargo, varios de los profesionales entrevistados desestimaron la relevancia de la práctica. En la mayoría de los casos tal relativización se basaba en argumentos que tematizaban la figura de la Argentina como un país cuya población tiene orígenes principalmente europeos y, por tanto,

⁴ La Ley de Reproducción Asistida de la Provincia de Buenos Aires, aprobada en diciembre de 2010 y única normativa vigente a la fecha sobre reproducción asistida en territorio argentino, no contempla la reproducción heteróloga, es decir, aquella realizada con gametos de terceros, tal cual se analiza en este artículo.

una diversidad étnica relativamente reducida que torna superfluo el intento de asignar ciertos fenotipos de donantes a los de receptores físicamente similares (ya que al tener la población orígenes comunes, los rasgos fenotípicos serían también similares). En particular, algunos de los entrevistados aludieron al discurso común sobre los orígenes europeos de la población argentina, estableciendo un marcado contraste con otras regiones del planeta, característicamente más cosmopolitas o “multirraciales”:

E: No porque además en Buenos Aires fundamentalmente, la mayoría de la población es de raza blanca y de diferentes orígenes étnicos, si vos me dijeras Nueva York donde hay un 20% de amarillos, 11% de negros, 30% de caucásicos, ahí más o menos, una pareja negra hay que conseguir un donante negro. Una pareja japonesa es más difícil porque no hay tantos japoneses. Pero en Buenos Aires serás más blanquito, menos blanquito, pero en definitiva *la mayoría somos de raza blanca* de diferentes orígenes étnicos (Médico 1, énfasis agregado, 29 de agosto de 2009).

El matching es algo relativamente en nuestra población. Nosotros no tenemos donantes étnicos. Por lo tanto, la mayoría de los donantes tiene una procedencia, una ascendencia europea. Europea me refiero a españoles, italianos, o europeos. [Algunos son] más del norte, del este o del centro (...) Entonces la cuestión del donante, del matching, es más importante en lugares como Estados Unidos, donde hay una multiracialidad. Porque hay donantes cuya madre es iraquí y el padre no sé, mexicano. O el padre belga y la madre no sé, vietnamita. Entonces entre los asiáticos, los negros, los hispanos y los caucásicos o sajones, como sea que se llamen, la melange es importante. Entonces, el matching tiene sentido (Médico 2, 30 de septiembre de 2009).

En estos testimonios la narrativa de lugar común sobre el origen europeo de la población argentina denota un distanciamiento de la idea del *matching* fenotípico como práctica hegemónica en la medicina reproductiva argentina. Para estos profesionales, la coordinación de los rasgos físicos se hace más obedeciendo pautas ya instaladas como parte de una rutina médica que debido a la necesidad dada en la diversidad de la población argentina, como es el caso en otras partes del mundo (paradigmáticamente los Estados Unidos). El *matching* fenotípico aparece así caracterizado por algunos entrevistados como una rutina experta con escasa relevancia social, parte de un estándar protocolar que replica prácticas que tendrían más sentido en otras partes del mundo, pero que en Argentina no revisten mayor importancia.

Otros profesionales, sin embargo, advierten que la coordinación física sí tendría un sentido específico en Argentina, aunque distinto al que presenta en ciudades como Nueva York. Según algunos de estos entrevistados, el *matching* está conectado con esquemas ampliamente extendidos de apreciación étnica y fenotípica que en Argentina se vinculan más o menos abiertamente con formas de discriminación de acuerdo a la apariencia física de las personas. Por ejemplo:

LA: Vamos al tema de lo fenotípico, que vos me decías que hay una suerte de coordinación...

E: bueno, es “el” tema de la ovodonación (...) hay mujeres que tienen como muy arraigado el tema de la descendencia y del color de la piel, y del color del pelo y de los ojos, y capaz que vienen de italianos o de judíos o de lo que sea, y no aceptan que su bebé no tenga las mismas características de ellos (Médica 3, 31 de octubre de 2009).

En la cita precedente, la profesional entrevistada reporta algunas de las inquietudes de los pacientes en relación con la donación de gametos. En su visión, algunas mujeres que recibirán óvulos donados tienen “muy arraigado el tema de la

descendencia” y no negociarían fácilmente que sus bebés no se les parezcan físicamente. A diferencia del discurso desestimador antes mencionado, esta cita permite entrever cómo opera un sistema racializado y estratificado de acuerdo a la ascendencia étnica y cultural en el cual se busca la reproducción de un cierto tipo de color de piel y de otros rasgos físicos heredables que son culturalmente aprehendidos como representantes de identidad étnica y familiar.

Así, en marcado contraste con el discurso de “la mayoría somos de raza blanca”, algunos profesionales detectan que la coordinación fenotípica tiene sentido en Argentina como respuesta específica a la composición de su población, especialmente en la ciudad de Buenos Aires, donde fueron realizadas las entrevistas de esta investigación. Para estos profesionales el *matching* físico adquiere relevancia no debido a la diversidad étnica producto de la presencia de afluentes poblacionales provenientes de diversas partes del mundo, como es el caso paradigmático de Nueva York, sino a la existencia de fenotipos más comunes en poblaciones autóctonas que son socialmente distinguidos de la influencia europea. Por ejemplo, un profesional explicó la importancia de la coordinación fenotípica de la siguiente manera:

E: Y ahí existe toda la variedad, hay pacientes que no les importa el donante, y hay pacientes que sí les importa el donante y *que expresamente te piden que la donante tenga rasgos fenotípicos afines, digamos, que no sea, si yo soy rubia de ojos azules que no sea una morochita del Altiplano* (Biólogo, énfasis agregado, 27 de octubre de 2009).

Como hace evidente la cita, la operatoria de un sistema de parentesco racializado y socialmente clasificado supone la priorización de ciertos fenotipos en detrimento de otros. En opinión de algunos de los médicos entrevistados, tal jerarquización se hace sobre la base de la asignación cultural de ciertos fenotipos a ciertos orígenes sociales doblemente marcados por su adscripción étnica y de clase. Así, los médicos reportan que algunos pacientes rechazan la donación por parte de donantes

cuyos fenotipos no coinciden con los propios, especialmente en el caso de que se trate de una donante con rasgos más prevalentes en poblaciones autóctonas y considerados menos representativos de aquella supuesta ascendencia prioritariamente europea descrita más arriba. Tal como dicen otros profesionales:

E: Lo que yo más escucho, es lo que se escucha más a nivel social, que tiene que ver con lo estético. Entonces, si en mi casa todos somos claros de piel, a ver si todavía me dan un ovocito de una mujer que tiene una piel más oscura. (Profesional de la salud mental, 24 de septiembre de 2009)

LA: Algo que a mi me interesa es la cuestión fenotípica... ¿los receptores se preocupan por ese tema?

E: Sí... [Enfático]

LA: ¿Qué les preocupa?

E: *Quieren que no les pongan un negrito*

LA: Que no les pongan un negrito

E: Sí, y los negritos que no les pongan rubio.

Eso también pasa. Un día me dijeron 'a mi no me van a poner un rubio, eh?' (Profesional de la salud mental, 29 de septiembre de 2009).

El color de la piel, seguido por el del pelo y de los ojos, funciona no solo como marca de pertenencia *a* y continuidad *con* la familia de origen, es decir, aquella en la cual la progenie será identificada como biológicamente propia, sino también como signo de herencia étnica. Esta adscripción se superpone, a su vez, con filiaciones sociales y culturales, en donde poseer una cierta ascendencia (por ejemplo, la europea), implica desmarcarse de otros colectivos (por ejemplo, los pueblos originarios argentinos) y de las formas de discriminación consecuentes en la cultura hegemónica argentina. Esto último cobra sentido en vista de adscripciones frecuentes de valor peyorativo a aquellas identidades aborígenes nativas, y de las cuales términos como “negrito” o “morochón” (citados por profesionales entrevistados para esta investigación), son solo dos de sus ejemplos más salientes. Por lo tanto, estos testimonios parecen indicar la prevalencia de modelos

identitarios ligados a la pureza étnica más que a la idea de mixtura e hibridez, en la medida de que pertenecer a cierto grupo social o poseer una determinada ascendencia es estar desconectado de otras adscripciones (o se es de ascendencia europea o se es “una morochita del Altiplano”).

Como muestran las citas precedentes, más allá de su relativización como forma clínica estandarizada, la coordinación fenotípica sí tiene sentido en Argentina para muchos de los profesionales y pacientes involucrados en la donación de gametos, en la medida de que la continuidad o congruencia física entre progenitores y descendencia es vista como una marca de pertenencia familiar, pero también social. Tal continuidad adquiere mayor sentido aún dada la historia étnica específica de la composición de la población argentina. En un país en donde el aporte europeo a la población fue tan sustancial como en Argentina, y donde los grupos originarios junto con otros afluentes migratorios (árabes por ejemplo), fueron menos integrados en los discursos hegemónicos sobre el origen de la población argentina, el color de la piel, los ojos y el pelo son marcas de pertenencia étnica cuya continuidad se busca garantizar a través de la coordinación fenotípica, y cuyo significado cultural excede con mucho la mera armonización física entre padres y descendencia. En Argentina, por el contrario, y especialmente en Buenos Aires, el *matching* fenotípico tiene sentido como forma de privilegiar la visibilidad de la ascendencia europea de los padres (donde esta es evidente) y evitar que la apariencia de la progenie procreada a partir de gametos donados connote fenotipos que son aún hoy objeto frecuente de discriminación (como el morocho, de estatura baja y piel oscura).

La coordinación fenotípica como operación técnica

La forma específica en la cual se lleva a cabo la coordinación fenotípica en Argentina supone la participación de agencias humanas y no humanas, así como de tipos de acción que exceden con mucho la práctica únicamente discursiva y simbólica. En efecto, en tanto evento *técnico* (Latour 1999), el *matching*

fenotípico supone una *interacción* entre humanos y no humanos, ya que se trata de una práctica que *conecta* a estos dos órdenes antes de una que los separa.

Como parte de un protocolo de donación de gametos,⁵ los profesionales involucrados en llevarlo a cabo recabarán una serie de datos e inscripciones de los participantes en el tratamiento. Así, conformarán una carpeta tanto para la donante de gametos como para los receptores, que incluirá los consentimientos informados, resultados de test médicos y psicológicos,⁶ una historia médica, copia del Documento Nacional de Identidad, un formulario con datos fenotípicos, y una fotografía (de la donante o la receptora, dependiendo de qué carpeta se trate). Tanto el formulario donde se consignan datos físicos (color de tez, pelo y ojos, altura y grupo sanguíneo, entre otros), como la fotografía que opera como prueba y memoria de tales rasgos, serán mediadores⁷ (Latour 2005) clave en la consecución del *matching*. En efecto, los profesionales a cargo de realizar la operación utilizarán el formulario de datos fenotípicos y la fotografía para *matchear* o compatibilizar donantes con receptoras, esto es, asignar a cada receptora una donante sobre la base de sus semejanzas físicas.

Tal asignación no es, sin embargo, fácil de realizar, en la medida de que ni la fotografía ni el formulario constituyen *por sí mismos* un sustrato último de inteligibilidad en relación con el aspecto físico de las personas involucradas. Por el contrario, como se dijo más arriba, la coordinación fenotípica debe ser entendida como una operación *técnica* en la medida de que depende fuertemente de una *interacción* entre humanos y dispositivos socio-técnicos. En efecto, el mero enrolamiento de las fotografías y el formulario de datos fenotípicos como agencias intervinientes en la coordinación física no alcanza para definir el éxito de la operación,

⁵ En lo sucesivo se restringe el análisis al caso de la donación de óvulos.

⁶ Este último sólo en algunos centros.

⁷ Según Latour (2005), un *mediador* se diferencia de un *intermediario* en que transporta fuerza o significado transformándolos, traduciéndolos o distorsionándolos, mientras que un intermediario deja intactos los flujos que lo atraviesan.

en tanto también es necesaria la participación de los agentes humanos y la interpretación que éstos realizan de la información presente en los dispositivos técnicos de inscripción. En los párrafos siguientes se analiza la interacción entre los profesionales humanos y el formulario de datos fenotípicos que figura en la coordinación.

El formulario de datos fenotípicos

El formulario de datos fenotípicos es un formulario utilizado para recabar información sobre el aspecto físico de las personas involucradas en una donación de gametos, en particular, información sobre la fisonomía de donantes y receptores. Aunque existen versiones papel y versiones electrónicas de este formulario, la mayoría de los entrevistados indagados a este respecto utilizaban algún tipo de combinación de ambos medios, por ejemplo, registrando primero en papel y luego trasladando la información a un formulario informático, con motivo de asegurarse su perduración en el tiempo. Típicamente, este dispositivo de registro está organizado en base a “rasgos” fenotípicos (por ejemplo, ojos, tez, altura, grupo y factor sanguíneo), “dentro” del cual, a modo de dimensión de una variable, se listan cualidades (por ejemplo, ojos: celestes, verdes, pardos, marrones; tez: blanca, mate, morena, etc.). Un antecedente de estos formularios puede encontrarse probablemente en el uso de “fichajes sanitarios” familiares e individuales utilizados por médicos higienistas durante lo que Marisa Miranda (2007) denomina “eugenesia tardía” en Argentina (1945-1983).

Como resulta claro, el tipo de información presente en el formulario depende estrechamente de cómo éste está organizado, es decir, de la habilidad del formulario para re-clasificar un continuum de información en categorías discretas. El formulario de datos fenotípicos es en este sentido una abstracción, una reorganización a otro nivel de los datos físicos presentes en la fisonomía de una persona. Es decir, allí donde el aspecto individual presenta un sinnúmero de cualidades físicas intrínsecamente fusionadas a la manera de un continuum, el

formulario re-organiza esta presentación, dividiendo y adjudicando cada dato fenotípico a una categoría discreta y distintamente deslindada de otra (color del pelo, color de los ojos, etc.).

El formulario funciona por lo tanto de manera semejante a lo que Martha Lampland (2010) denomina *números falsos*, en la medida de que en éste la precisión del dato es menos importante que la tarea clasificatoria que facilita. De hecho, ya que el objetivo del formulario es facilitar la comparabilidad y reducir la complejidad de los datos fenotípicos, éste depende estrechamente de la *pérdida* específica de información, especialmente de aquella información relativa a las particularidades físicas de las donantes y receptoras. Esto es, el formulario registra la *individualidad* de una persona (donante o receptora) solo a través del registro de sus generalidades, es decir, de cualidades fenotípicas que se repiten en la población. Al consignar una combinación específica de ciertos rasgos generales (por ejemplo: pelo castaño oscuro, ojos pardos, tez morena) no inscribe sin embargo formalmente ninguna particularidad de la persona registrada (por ejemplo, “lunar en el pómulo izquierdo” o una representación de la forma de los labios).

Durante el trabajo de campo se le preguntó a una profesional entrevistada qué datos se toman en cuenta para realizar la coordinación física. Ella explicó que hay algunos datos que son más importantes que otros, haciendo una primera diferenciación entre color de la tez⁸ y color del pelo y de los ojos. En relación con el color de la piel la profesional entrevistada indicó que los formularios dividen en *blanco*, *mate*, *moreno claro* y *moreno oscuro*. Se le preguntó entonces cómo hacía ella para reconocer esas diferencias, ya que la investigadora no estaba segura de poder hacerlo ella misma. La profesional explicó:

E: Sí, moreno digamos que yo lo divido en dos, moreno claro sería, por ejemplo, un

⁸ Aunque en el caso analizado se le presta mayor importancia al color de la piel de la cara, también se tendrá en cuenta para la coordinación el color de la piel de los brazos y las piernas.

latino, y moreno oscuro sería un africano. De alguna manera, es una idea que me hago yo. Pero la tez es morena

LA: ¿Y mate qué sería?

E: Y mate es un intermedio entre el latino y nosotras. ¿Esa tez que se pone al sol y queda doradita? Yo me pongo roja. ¿La que queda doradita? Esa tez. (Médica 3, 31 de octubre de 2009)

Esta explicación es interesante porque da una idea de la forma en la cual la entrevistada otorga sentido a las categorías abstractas presentes en el formulario. En efecto, tal como muestra la cita, la profesional recurre a su propia experiencia para comprender y utilizar las categorías fenotípicas abstractas del formulario. Así, las clasificaciones formales *mate*, *moreno claro* o *moreno oscuro* son entendidas apelando a la familiaridad que poseen en tanto categorías utilizadas en el intercambio social cotidiano de las personas, una familiaridad que permite entenderlas como índices de otras categorías sociales como *latino* y *africano*. Es en tanto miembro de la sociedad argentina contemporánea, y la disposición concomitante internalizada (en el sentido de Bourdieu, como parte de un *habitus*) a realizar distinciones acerca del color de piel de las personas, que la profesional puede dotar eficientemente de sentido a las categorías abstractas presentes en el formulario, por ejemplo distinguiendo entre quienes son “blancos como nosotras” (Médica 3, 31 de octubre de 2009) y aquellos que tienen una piel que expuesta al sol “queda doradita” (*ídem*). Al aclarar que la asociación entre el color moreno claro y la categoría de latino “es la idea que yo me hago”, la profesional da cuenta de esa interacción, o *agenciamiento*⁹ (Deleuze y Guattari 2002), con el formulario.

En efecto, si el formulario ya ha traducido, es decir, mediado entre los aspectos fenotípicos dados en continuum que

⁹ En lo sucesivo se utiliza el término *agenciamiento* como traducción de *agencement* (Deleuze y Guattari, 2002). Para estos autores, *agencement* refiere a la combinación de elementos heterogéneos ajustados unos a otros (Callon, 2007) de forma tal que lo que obtiene prioridad es la *conexión* entre agentes y objetos (Phillips, 2006).

se tienen en cuenta en la coordinación y su categorización abstracta, una nueva traducción tiene lugar cuando la profesional retorna esas categorías abstractas a un mundo de experiencia social donde son henchidas de significado. Se trata de hecho de una nueva traducción, de la rigidez vacía de las categorías formales a la categorización social en base a la experiencia. Lo que resulta significativo acá, sin embargo, es que la segunda traducción se erige sobre la primera, en la medida de que la interpretación de segundo orden realizada por la médica no restituye las categorías formales al estado en el que se encontraban en la apariencia física de una persona, antes de ser enumeradas como categorías en el formulario de datos fenotípicos. Por el contrario, la interpretación o traducción de segundo orden realizada por la entrevistada se beneficia del ordenamiento que ya había sido impuesto por el formulario sobre los datos físicos tal cual aparecen como continuo en la fisonomía de una persona, permitiéndole buscar específicamente pieles color mate, moreno claro, etcétera.

Por lo tanto, más que *instrumentalizado* por la profesional humana como si fuera un simple formato de registro que capturara, clasificara y archivara información que sería luego a-problemáticamente recuperada y relocalizada en la práctica, el formulario se involucra con la profesional, y la profesional se involucra con el formulario, de una forma que los torna mutuamente habilitadores. Junto a Deleuze y Guattari (2002) puede decirse entonces que el formulario y la médica humana involucrada *se agencian* mutuamente, en la medida de que ninguno de los dos podría desempeñar por separado el rol mediador que cumplen al actuar sincronizadamente; el dispositivo socio-técnico y la disposición humana logran lo que logran realizar solo porque actúan conjuntamente. Este agenciamiento mutuo, ocurrente en cada interacción entre una persona y un formulario de datos, cobra especial importancia en el caso del formulario de datos fenotípicos. Su resultado es la intervención en la naturaleza de futuras personas (es decir, de aquellos bebés que serán procreados a partir del uso del formulario), cuyos rasgos serán producidos tanto como rasgos diferenciados (piel blanca, o mate, o morena, etc.), y como rasgos cuya diferencia porta, en Argentina,

significado como medio de adscripción cultural y de adquisición de identidad.

El ejemplo analizado en este apartado ha permitido mostrar cómo el *matching* fenotípico debe ser entendido como una interacción técnica, es decir, una interacción entre disposiciones humanas y dispositivos burocráticos como un formulario. Al mismo tiempo, la discusión precedente permite ilustrar la operatoria de formas de inscripción étnica y de la producción de coherencia *natural* entre el aspecto físico de padres y descendencia que ejemplifican la relevancia que la coordinación fenotípica tiene en Argentina en tanto mecanismo productor de parentesco e identidad, discutida en el apartado anterior. A continuación se explora cómo la armonización física entre la apariencia de padres e hijos implica la reproducción de formas normativas de entender el vínculo de parentesco que hablan de las maneras específicas en las cuales este vínculo es comprendido.

Matching fenotípico y normatividad

Una de las formas clave que toma la producción clínica del parentesco es el intento de mantener la ficción de la continuidad entre el genotipo y el fenotipo de la descendencia. Esto es, la producción de parecido físico entre las personas nacidas de gametos donados y quienes al recibir los óvulos actuarán de ahí en adelante como padres sustenta la ficción socialmente significativa de que unos descienden biológicamente de los otros. Así, la similitud en el fenotipo funciona como prueba social de la continuidad biológica y filiatoria, al menos de cara a aquellos a quienes la donación no será revelada. Tal ficción es un elemento clave de los mecanismos suturadores de la ausencia de continuidad biológica en la donación de gametos, y funciona a la par que otros, por ejemplo, la proposición legal de que las personas nacidas de gametos donados deben ser consideradas descendencia *biológica* de sus padres, tal como lo promueve, por ejemplo, el Proyecto de Ley para la Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida presentado al Congreso de la Nación en 2008 por la Sociedad Argentina de Medicina

Reproductiva: “La persona nacida de gametas donadas será reconocida como *hijo biológico* de los beneficiarios de las técnicas”¹⁰.

En este apartado se indaga cómo la ficción de continuidad entre el genotipo y el fenotipo de las personas nacidas de gametos donados es producida normativamente; esto es, la performatización del parentesco entre personas buscando descendencia con gametos donados y la progenie así procreada implica la instanciación (cita y repetición) de ciertas normas y por lo tanto la configuración de formas de parentesco que obedecen a entendimientos específicos sobre qué significa ser pariente de alguien.

Aunque la coordinación fenotípica fue originalmente concebida como manera de restaurar la continuidad física entre padres y descendencia nacida de gametos donados, donde aquella estaba amenazada dada la ausencia de aporte genético a la descendencia de al menos uno de los progenitores, es claro que el *matching* puede ser instrumentado de formas distintas. En particular, la práctica de seleccionar a la donante de acuerdo a su apariencia física puede ser utilizada para buscar fisonomías específicas independientes de las características de la receptora. Tal como indica una entrevistada:

E: Por ahí alguna descabellada que te pide que la donante sea universitaria, o que tenga nariz pequeña....

LA: ¿Y eso lo toman en cuenta?

E: Sí y no

LA: Claro, porque es muy difícil

E: Es re difícil. El otro día por ahí tenía una que no quería que la donante fuera narigona. ¿Qué entendés vos por narigona? ¿Entendés? *Estás buscando un bebé, no estás buscando un robot.* (Médica 3, énfasis agregado, 31 de octubre de 2009)

¹⁰ Énfasis agregado.

Según indica este testimonio, algunas pacientes (usualmente una minoría) intentarán instrumentar el *matching* de forma tal de obtener rasgos particulares en la descendencia (por ejemplo, poseer cierto nivel intelectual), o garantizarse la ausencia de ciertos rasgos (en el ejemplo, tener una nariz grande). Si bien la mayoría de los profesionales estima que estos requerimientos por parte de los pacientes ocurren en un número muy restringido de casos, resulta interesante evaluar cuál es la respuesta médica frente al intento de configurar ciertas características en la descendencia.

En efecto, frente a esta demanda la profesional indica que “estás buscando un bebé, no estás buscando un robot”, una respuesta que explicita el contenido normativo de la producción clínica del parentesco. Los dichos de la profesional muestran una forma en la cual se entiende el acto de procrear en el ámbito clínico, en donde a pesar del fuerte componente intervencionista en el acto de potenciar la fertilización, el hecho de tener descendencia aparece configurado como algo que debe ser librado al azar de la recombinación genética antes que supeditado al diseño de los progenitores o médicos. Así, la figura del *robot* es contrapuesta a la figura del *bebé*, la primera un símbolo de diseño y control sobre la apariencia de la descendencia, la segunda un ejemplo de apertura a la arbitrariedad de la recombinación genética en la fertilización.

La respuesta médica a demandas de este tipo, de corte penalizador, es prueba también del carácter normativo que adquiere la producción clínica del parentesco. En el ejemplo citado más arriba, al preguntársele a la profesional si los requerimientos de los pacientes de que la descendencia tenga características específicas son atendidos o no, aquella respondió:

E: Sí, yo lo anoto en mi lista de detalles, igual llegado el momento cuando encuentre una donante me fijaré que sea narigona o que no sea tan narigona para esa receptora. *Pero tampoco es que prima la búsqueda de la nariz pequeña*, porque ya es un rasgo secundario, porque por ahí le pongo una de nariz pequeña pero que es negra de piel pero con nariz pequeña. *Hay cosas que son más prioritarias que*

otras (Médica 3, énfasis agregado, 31 de octubre de 2009).

Como muestra la cita, frente a la demanda de rasgos fenotípicos que se considera poco apropiada y símbolo de una aspiración intervencionista en el acto de procrear que asemeja la procreación a la búsqueda de un robot, la institución médica reacciona priorizando ciertos rasgos por encima de otros como forma de relativizar la demanda de los receptores. Esta respuesta normativiza, por lo tanto, qué es dable esperar, *y qué no*, en la búsqueda de descendencia, constituyendo a la institución médica en responsable de custodiar las formas consideradas apropiadas de producir una familia.

En un caso similar, la demanda de que la donante posea características de las que los progenitores carecen encuentra el mismo tipo de respuestas de corte normativo por parte de la institución médica:

LA: ¿Te pasó alguna vez que viene una pareja o una mujer que te pide características que ella no tiene?

E: Sí, pasa.

LA: Que ella no es así y te pide.... ¿Y ahí qué hacés?

E: Y, o la tratás de disuadir, o le decís que va a tener una espera de...*pero en general no se le lleva el apunte a eso, no le damos bolilla*

LA: ¿Pero vos le decís a ella “mirá, esto no”?

E: Tratamos de decírselo nosotros y tratamos de que su médico de cabecera antes de llegar a nosotros trate de convencerla de que no, *porque está viniendo a buscar un bebé, no está viniendo a buscar un prototipo de nada (...)* Porque está viniendo a buscar un bebé. No podés pedir algo que vos no sos. No estás buscando un bebé si me pedís algo que vos no sos, ¿no? (Médica 3, énfasis agregado, 31 de octubre de 2009).

En esta respuesta, el dominio de la apariencia física es representado por la institución médica como un espacio dable *sólo*

hasta cierto punto a la instrumentación técnica; si bien la aspiración del *matching* es *producir* continuidad física entre progenitores y descendencia a través de un procedimiento socio-técnico, tal instrumentación aparece resguarda por límites claros que definen de forma normativa, nuevamente, qué constituye un vínculo de parentesco apropiado, y qué no. En este sentido, el deseo de que la progenie presente características ausentes en los progenitores es sancionado como forma inapropiada de crear vínculos familiares (“No podés pedir algo que vos no sos. No estás buscando un bebé si me pedís algo que vos no sos”).

Inscripciones técnico-familiares: la foto retrato

El siguiente apartado explora otro ejemplo de la producción de parentesco en una clínica de fertilidad, en este caso el uso de fotografías de donantes y receptores. En tanto el *matching* supone la interacción técnica entre los profesionales que lo llevan a cabo y dispositivos socio-técnicos como la fotografía, aquí se explora el rol que la foto desempeña en colaboración con los agentes humanos con los que interactúa formando redes técnico-normativas. Este rol se basa en la capacidad de la fotografía para significar *con cierto grado de independencia* de las intenciones de quienes la crean y manipulan.¹¹ Esto es, tal como indica Roland Barthes (1977:18), la foto es un “mensaje sin código”; su estatus de rastro o índice, en términos de Charles Peirce, “implica un nivel de significado que comunica independientemente de las artimañas del fotógrafo” (Bann 1992:32, énfasis agregado, traducción de la autora). En este sentido, el marco, estilo y demás elementos presentes en la fotografía como resultado de su manipulación técnica facilitan el rol que la foto desempeña dentro de la interacción técnica o agenciamiento, a partir de su capacidad para significar con cierta independencia de las intenciones de sus productores.

¹¹ Esta afirmación pretende echar luz sobre la capacidad de agencia relativa de la fotografía, que puede así ser pensada como algo más que un mero apéndice significante de lo humano.

Como se dijo más arriba, como parte del cumplimiento del protocolo de donación de gametos, se procura y archiva una fotografía tanto de donantes como de receptores, para ser usada como registro fenotípico y dispositivo de comparación durante la asignación. Al indagar en las formas en las cuales las fotografías son obtenidas en una clínica de fertilidad, dos profesionales entrevistadas explicaron que las fotos correspondientes a donantes y receptores tienen estilos y fuentes distintos. En efecto, las fotos de los receptores son contribuidas por ellos mismos, que deciden qué foto traer para confeccionar la carpeta de paciente y para que sea tomada en cuenta durante la asignación de una donante. Según una entrevistada,

LA: ¿Y ahí que te dan, fotos de quién?

E: Me dan las fotos de la pareja.

LA: Ah, foto de la pareja... ¿pero es alguna foto en especial, que están...?

E: No, no, una foto cualquiera, actual siempre tratamos de que sea. *A lo mejor están en la playa, o arriba de un barco, o con un perro, cosas así, fotos familiares*

LA: ¿Y es una foto la que te traen, o más de una?

E: Por ahí te traen más.... Yo les pido una, si ellos quieren...*porque a veces dicen 'mirá, te traigo esta que estamos los dos, después te traigo ésta que está él [pareja de la receptora], después te traigo ésta que estoy yo, y ésta que está mi nene de cuatro años, fijate que es parecido a mí* (Médica 3, énfasis agregado, 31 de octubre de 2009).

Esto es, en el caso de los receptores, las fotos son procuradas principalmente a través de ellos mismos, habilitando un espacio de control por parte de los receptores respecto del estilo y contenido de la fotografía. A pesar de ser parte de un protocolo burocrático y formal, el programa de donación de gametos permite a los receptores contribuir fotografías estilizadas de acuerdo a un registro íntimo y familiar. En efecto, si bien en principio solo se tomará en cuenta para la asignación el fenotipo del progenitor que estará genéticamente ausente en el óvulo

fecundado (es decir, en el caso de la donación de óvulos, de la madre gestante que no contribuirá genéticamente al embrión), la forma concreta en la cual se lleva a la práctica el protocolo habilita un espacio para la presentación de fotografías de otros miembros familiares. Así, se utilizan imágenes que no solo representan a la futura madre cuyos óvulos serán sustituidos por los de una donante, sino también al padre, otros hijos de la pareja e incluso mascotas de la familia.

Esta admisión de representación de otros miembros familiares contribuye a constituir a la familia como un receptor colectivo, desplazando a la receptora individual. A su vez, el estilo en el cual estas fotografías están tomadas es íntimo y familiar, representando momentos privados de la unión amorosa heterosexual usualmente acompañados de la descendencia, como vacaciones o paseos. A pesar de que la profesional indica que “con tener una [foto] que les vea la cara ya está”, y de que éste es el único requerimiento formal del protocolo, informalmente se acepta más de una fotografía, lo que contribuye a familiarizar la unión familiar con el espacio clínico, a la vez que colabora a constituir una colección fotográfica dentro de la carpeta de paciente que se asemeja a un álbum familiar.

De una forma que habilita un desempeño fotográfico completamente diferente al antes descrito, en el caso de las donantes de óvulos la fotografía es obtenida dentro de la clínica y por parte del equipo médico a cargo de la coordinación. Antes que requerir a las donantes que contribuyan su propia fotografía y en ese sentido habilitar un espacio de control respecto del estilo y contenido que ésta podría tener, tal cual ocurre en el caso de los receptores, en el caso de las donantes se toma una foto de éstas dentro de la clínica, en un estilo que una profesional entrevistada describió como “tipo DNI [Documento Nacional de Identidad]”. Tal aclaración respecto del estilo en el cual está compuesta la fotografía podría ser indicativa de la ausencia de elementos compositivos que revelen aspectos idiosincráticos de la donante, como ciertas particularidades físicas u otras adscripciones sociales como clase social.

Como puede deducirse de las explicaciones anteriores, el estilo diferenciado de las fotos de donantes y receptores habilita

roles específicos para las fotografías en tanto mediadoras de la coordinación fenotípica. En efecto, siguiendo a Stephen Bann (1992) y su recuperación de Michael Fried (1980), las fotos de las donantes están tomadas en “modo teatral”, en la medida de que las donantes miran a la cámara y aceptan ser fotografiadas con el propósito explícito de ser mostradas a una audiencia (en este caso, la audiencia clínica). La actriz-donante posa frente a la cámara en un estilo burocrático (“tipo DNI”) y en tanto sujeto de legalidad, dirigiéndose directamente al espectador clínico. Este *mirar a la cámara*, aceptando pacientemente el otorgamiento de la propia imagen, realiza al menos dos cosas.

Por un lado, constituye una prueba de identidad. Como indica Graham Clarke (1992), en tanto análogo del sujeto la foto es un documento que funciona como evidencia de identidad:

En tanto análoga del sujeto original, el retrato fotográfico se declara subrepticamente a sí mismo como *indicio* de la persona (o personalidad) frente al ojo. En un contexto oficial, la fotografía valida la identidad: sea en un pasaporte, una licencia de conducir o un formulario. *Tiene el status de una firma* y se declara a sí misma como la auténtica presencia del individuo (1992:1, énfasis agregado, traducción de la autora)

Al mirar directo a la cámara y rendirse a las indicaciones de la autoridad médica, la donante es de hecho producida en tanto sujeto legal. Esto es, la fotografía funciona como mediadora de la presencia de una persona en tanto sujeto de derecho, un sujeto legal que *voluntariamente* se somete a la autoridad clínica al mirar directo a cámara. Además de ser utilizada para compatibilizar los datos fenotípicos, la fotografía testimonia la presencia real de la donante, y al hacerlo produce a la donante como sujeto legal y sujeto voluntario, un sujeto que voluntariamente cede el derecho a sus propios óvulos.

Tal prueba de identidad es significativa en el marco de los debates acerca del derecho a la identidad genética de las personas procreadas a partir de gametos donados. En efecto, si bien la

Argentina carece a la fecha de regulación pertinente a la reproducción asistida, existe un amplio consenso en el campo médico y bioético argentino (y mundial) respecto de la necesidad de garantizar el acceso a la información del/a donante para los individuos nacidos de gametos donados, especialmente en la presencia de enfermedades de transmisión genética.¹² Al mismo tiempo, se ha notado que el tema requiere un tratamiento específico en la Argentina debido a la historia política reciente y la abducción y concomitante afrenta a la identidad de los hijos e hijas de militantes políticos nacidos en cautiverio. En este sentido, en colaboración con la fotocopia del DNI que es un requerimiento imprescindible para participar en tanto que donante, la foto funciona como prueba archivable de la presencia e identidad legal de la donante, un documento *a posteriori* recuperable si se presentase la necesidad.

Al mismo tiempo, en tanto tiene “estatus de firma” (Clarke,1992) la fotografía no solo confirma la identidad de la donante sino también, como se anticipó más arriba, el carácter voluntario del hecho. Al igual que la firma de consentimientos informados, contratos u otros documentos legales que se basan en el refrendo para manifestar el acuerdo que el firmante expresa con lo refrendado, el estatus de firma de la fotografía “tipo DNI” expresa el consentimiento de la donante con la donación de los óvulos, en la medida de que la sumisión a la autoridad médica que toma la foto implica la aceptación de los términos del contrato. Efectivamente, al aceptar el registro de la propia imagen en los términos establecidos por la autoridad médica, las donantes son constituidas legalmente en tanto donantes *voluntarias*, de la misma manera en la cual la fotografía media (Latour 2005) la constitución de sujetos legales, por ejemplo en la foto de pasaporte. Tal mediación es desde luego fundamental en la producción de un

¹² Por ejemplo, el Proyecto de Ley propuesto por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva en 2008 indica que “La persona nacida de gametas donadas por terceros, una vez llegada a la mayoría de edad, podrá solicitar judicialmente conocer la identidad del donante que aportó sus respectivas gametas” (SAMER, 22 de Octubre de 2008 [en línea]. Consultado el día 9 de abril de 2010 en www.samer.org.ar).

sujeto voluntario, en tanto el “modo teatral” que mira directo a la cámara materializa el acatamiento de los requisitos médico-burocráticos.

La fotografía en tanto mediadora en la producción de sujetos voluntarios tiene relevancia para la cuestión del don (Mauss 1990) y sus implicancias para el caso de la donación de fragmentos corporales, incluida la donación de gametos. En efecto, las sociedades occidentales han establecido generalmente marcos bioéticos para el intercambio de órganos, tejidos y otros fragmentos corporales basados no solo en el imperativo del don y el altruismo, sino también de la voluntariedad. Estos requisitos, especialmente los dos primeros, han sido frecuentemente tomados como sinónimo de gratuidad, en tanto a diferencia de Marcel Mauss (1990) el don y sus derivados (donación, donante, etc.) han sido entendidos como renuncia de retribución, especialmente monetaria. La donación de gametos, sin embargo, ha participado parcialmente de estos marcos, en la medida de que si bien ha solido ser enmarcada en el imperativo de la voluntariedad, constituye una excepción a la expectativa de no retribución, ya que en Argentina y en otros lugares del mundo suele ser un intercambio pecunariamente compensado.

Pero pese a que la donación de gametos suele ser retribuida monetariamente en Argentina, la cuestión de la voluntariedad no está aislada del carácter supuestamente *gratuito*¹³ o no monetariamente compensable de la donación. Tal como atestiguan varios profesionales entrevistados y es fácilmente

¹³ La retórica respecto del pretendido carácter gratuito de las donaciones de gametos es moneda corriente en el campo de la medicina reproductiva en Argentina. Por ejemplo, el mencionado Proyecto de Ley para la Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida presentado por SAMER al Congreso de la Nación en 2008 indica que “La donación se realizará formalmente, por escrito, con expreso consentimiento informado del donante y de los beneficiarios de las técnicas, con carácter de secreto y *a título gratuito*” (énfasis agregado). Los consentimientos informados de varias clínicas también caracterizan a la donación como un intercambio gratuito, tal cual mostró el trabajo de campo de esta investigación. Cabe mencionar, sin embargo, que en 2009 los montos pagados en concepto de viáticos, compensación por molestias o lucro cesante a cambio de una sesión de donación de óvulos alcanzaban los \$2500 (unos U\$S 625 aproximadamente).

distinguible como *leitmotif* del campo, el carácter voluntario y gratuito del acto de donar suelen formar parte del mismo marco bioético. En la práctica, esto suele significar que cuando la donación es calificada de voluntaria, existe una expectativa o implicancia de gratuidad y altruismo, aunque éstos sean más la excepción que la regla. Al decir que el acto de la donación es voluntario, pacientes –y frecuentemente también, profesionales– suelen adscribir a la ficción de que el acto no es monetariamente compensado.¹⁴ Donar voluntariamente es entendido como donar gratuitamente. La cuestión de la voluntad es por lo tanto constitutiva de la ficción de la gratuidad.

La fotografía en “modo teatral” es, como se dijo, un mediador clave en la performatización de la voluntariedad. La fotografía en estilo legal capta exactamente este acto de voluntad, en tanto representa a la donante en el acto de sumisión deliberada a la autoridad. A diferencia de la fotografía de los receptores, tomada en un tiempo inocente anterior a la operación clínica, la foto de la donante es específicamente generada con el objetivo de participar en la coordinación; el mirar a cámara en estilo legal materializa ese acto de acuerdo con la donación.

Por lo tanto, la foto en estilo teatral funciona como prueba tanto del *carácter* del don, como de la *dirección* en la que circula. La foto muestra el carácter gratuito (“donado”) del don al evidenciar la voluntariedad de la donación, a la vez que da cuenta de la *dirección* del don (*de* la donante *hacia* la receptora), entendido no al estilo de Mauss (1990) (como expectativa de retribución), sino en su forma opuesta, don como sinónimo de renuncia a la compensación. Al materializar la voluntad de la donante, la fotografía indica la dirección en la que circula el don, que originándose en la intención de dar (representada en el modo teatral de la fotografía), alcanza a la receptora. Por su parte, la receptora, representada en la foto en un tiempo anterior al tiempo

¹⁴ Los pacientes de gametos donados suelen mostrar aversión al conocimiento de que los donantes son retribuidos monetariamente por su “donación”. Tal como indicó un profesional entrevistado “[en 1998] nadie se animaba a decirle a una señora que la donante va a recibir dinero, a nadie le gusta escuchar que su donante va a recibir un *fee*” (Médico 5, 29 de agosto de 2009).

clínico, es quien recibe el don, en la medida de que en su foto no hay expectativa ni intención receptiva.

En segundo lugar, las diferencias estilísticas de las fotos de donantes y receptores tienen importancia para lo que Michel Callon (1997) llama el *enredo* y *desenredo*¹⁵ de fragmentos biológicos, como acá los gametos donados. En efecto, mientras que al representar instancias íntimas y familiares las fotografías de los receptores contribuyen a *especificar* quien recibirá los óvulos donados, el estilo “tipo DNI” en el cual es tomada la foto de la donante colabora a *generalizarla*, representando únicamente sus rasgos más abstractos y repetibles (color de la piel, del pelo y los ojos, etc.). La foto en estilo “tipo DNI” de la donante constituye simultáneamente una forma de privación (de sus rasgos más únicos), estandarización (de sus rasgos más repetibles, facilitando su comparación), y énfasis (de aquellas características que serán específicamente tomadas en cuenta en la coordinación).

En este sentido, una segunda distinción respecto del rol que las fotos de donantes y receptores desempeñan en la clínica, es caracterizar a estas figuras diferentemente y así mediar en la producción de distintos tipos de vínculos entre los óvulos intercambiados y el agente que los da o recibe. Mientras que las fotografías íntimas y familiares que son aportadas por los receptores permiten subjetivar y particularizar a aquellos que recibirán los óvulos y en cuya unión será criada eventualmente la descendencia de concretarse la fertilización, implantación y parto exitosos, las fotos de las donantes “tipo DNI” contribuyen a generalizarlas y desobjetivarlas, privándolas de todo rasgo particular. Por ejemplo, tal como muestra la cita a continuación, las fotografías de donantes que se tienen en cuenta no incluyen a la familia extendida de la donante, aunque la ella lleve fotos de su familia. Se trata de una disposición práctica que colabora a desobjetivar a la donante y *desenredarla* de su entorno específico, transformándola en un particular genérico, una persona cuya única singularidad es la de poseer una combinación específica de rasgos generales:

¹⁵ Por sus términos en inglés, *entanglement* y *disentanglement*.

LA: Vos también trabajás con fotos de donantes me dijiste, ¿y esa foto también cómo la obtenés?

E: La saco yo...

LA: Ah, la sacás vos...¿y en algún estilo en particular...?

E: No [Enfático] (...) Como para tener una idea (...) porque no me puedo acordar de todas... (...)

LA: Pero, por ejemplo, todo esto que vos me contabas de que en las receptoras vienen las fotos de la familia... ¿esto es distinto en las donantes?

E: Sí (...) Yo les saco (...) A veces me traen fotos de los hijos, me las muestran

LA: ¿Pero los mirás [las fotos de los hijos]?

E: *No, no mucho* (Médica 4, énfasis agregado, 18 de junio de 2012).

Tales diferencias en el estilo en el cual son tomadas y procuradas las fotografías son por lo tanto significativas para la performatización del parentesco en una clínica de fertilidad, en la medida de que las fotos particularizantes facilitan la inserción de los óvulos intercambiados en la familia que los recibirá, mientras que las imágenes que representan a la donante bajo un modelo genérico son productoras de desafiliación entre la donante y sus óvulos, así como entre la receptora y la familia de la donante, tal cual muestra la cita precedente.

Estas conclusiones pueden apoyarse en contribuciones anteriores, como la de Michel Callon (1997), que han prestado atención al rol de dispositivos materiales como la ficha de paciente. Callon analiza la ficha médica en tanto mecanismo de desenredo (y concomitante enredo) de fragmentos corporales como los órganos humanos. Para Callon el archivo del paciente se propone resumir todos los aspectos relativos al paciente (circunstancias de su muerte, historia médica, relaciones familiares) como forma de desmarcar o desinscribir a ese órgano del cuerpo del paciente y así convertirlo en un bien circulable; al mismo tiempo, sin embargo, el archivo funciona inadvertidamente como forma de re-inscribir al paciente en una red de relaciones, al

construir una narrativa sobre su vida y su órgano que complica el desempeño desmarcante del archivo.

Siguiendo a Callon es posible pensar que la foto de la donante en estilo DNI tiene una función semejante al archivo de paciente pensado por Callon. Así, la foto en estilo legal que, como se indicó antes, generaliza y desubjetiviza a la paciente, funciona como mecanismo desafiador de la donante de la progenie generada a partir de su óvulo. Al obtener una foto de la donante que solo representa una combinación de rasgos generales, en una posición estandarizada, etc., la foto estilo DNI media en la producción de la donante *qua* donante, esto es, en tanto *no pariente* de la descendencia procreada, sino simplemente aportante del material genético. Por el contrario, la foto familiar que representa al colectivo receptivo funciona como dispositivo técnico que facilita la inscripción *qua* progenie de aquellos y aquellas procreados a partir de gametos donados, es decir, la inscripción de éstos en tanto familiares de aquellos representados. Así, las fotos diferentemente estilizadas de donantes y receptores se muestran como dispositivos socio-técnicos que colaboran en la producción y reproducción de tipos específicos de vínculos. Mientras que al representarla bajo el modelo genérico de lo legal asisten en la desvinculación de la donante en tanto que familiar, inscriben en tanto padres a los receptores, representados bajo su idiosincrasia particular.

Conclusiones

Luego de contextualizar la práctica del *matching* fenotípico en relación con la composición de la población argentina y las dinámicas de reconocimiento y clasificación étnica y social que le son concomitantes, el presente capítulo ha permitido mostrar por qué la coordinación de la apariencia física de donantes, progenitores y descendencia debe ser entendida como una operación técnica (en el sentido de Latour 1999) con efectos de sentido para la construcción de la familia y el parentesco. En particular, la participación de dispositivos socio-técnicos como formularios de datos fenotípicos y fotografías supone *no* su

instrumentación humana, de una forma que privilegiaría la agencia de los actores humanos en tanto capaces de hacer uso de un agente material para la consecución de sus propios fines, sino el agenciamiento mutuo entre dispositivos y disposiciones, entre humanos y artefactos. Este agenciamiento mutuo, dado en cualquier encuentro entre agentes humanos y dispositivos burocráticos, tiene efectos específicos en el caso del uso del formulario de datos fenotípicos, en la medida en que ayuda a producir los cuerpos de futuros seres humanos en tanto cuerpos deslindados (blancos, o morenos, o de color mate, etc.). Al mismo tiempo, tal agencia mediadora es hasta cierto punto impredecible y está, por lo tanto, abierta a la contingencia de su realización: cada instancia de la coordinación fenotípica puede dar resultados parcialmente distintos, en la medida de que los agenciamientos entre humanos y artefactos son anudamientos locales y circunstanciales que se producen de nuevo cada vez.

A la vez que evidenciar el carácter técnico del *matching*, este capítulo ha mostrado los efectos que tiene la utilización de dispositivos burocrático-clínicos para la construcción familiar y el parentesco. Lejos de ser una dinámica restringida a las relaciones familiares, así como a los intercambios de tipo simbólico regidos por leyes semi-universales, inconscientes o trascendentes, el parentesco ha sido mostrado como un dominio performatizado también en instancias como la científico-médica, de forma inmanente y a través de la participación de agencias materiales, como los formularios y las fotografías. Así, este capítulo ha expuesto la relevancia que las relaciones de parentesco revisten para las prácticas expertas de la reproducción asistida, especialmente en el caso de la donación de gametos, donde falta el aporte biológico a la descendencia. Si en el Occidente moderno la unidad familiar, y las relaciones de parentesco que la habitan, han sido entendidas como la superposición de lo biológico y lo social (Edwards 2000; Strathern 1992), este capítulo exhibe las preocupaciones que el campo médico tiene en relación con la perpetuación de esa conjunción, a la vez que da cuenta de los procedimientos técnicos y del involucramiento de agencias no humanas y materiales dedicados a suturarla una vez que el

componente biológico ha sido puesto en riesgo por las posibilidades dadas en la donación.

Si la reproducción asistida desnuda la precariedad del ámbito de lo biológico en fundamentar qué significa ser pariente de alguien (en la medida de que la capacidad de intervención en los procesos biológicos de la fertilización adquirida por la ciencia torna a éstos cada vez más susceptibles de modificación), este capítulo examina los procedimientos técnicos, rutinarios, burocráticos, involucrados en la producción de parentesco. Tal producción tiene un doble carácter, a la vez suturador y normativo. El primero, en tanto se esfuerza en la re-creación de la ficción de continuidad entre genotipo y fenotipo, produciendo continuidad fenotípica entre progenitores y descendencia, como forma de subsanar la pérdida de aporte genético a la progenie. Tal mecanismo es eminentemente productor de parentesco, *filiando* en tanto tales a quienes figurarán como padres, y *desafiliando* a figuras potencialmente en competencia en su aspiración a reclamar un vínculo de parentesco con la descendencia procreada, como las donantes de material reproductivo. Al mismo tiempo, la producción clínica del parentesco ha sido mostrada en su carácter normativo, en tanto supone la penalización y desestimación de formas consideradas poco apropiadas de establecer vínculos de parentesco, como el deseo de controlar la apariencia de la progenie más allá de las propias características fenotípicas.

Bibliografía

- Bann, Stephen (1992). “Erased Physiognomy: Théodore Géricault, Paul Strand and Garry Winograd” en Clarke, Graham (Ed.). *The Portrait in Photography*. London: Reaktion.
- Barthes, Roland & Heath, Stephen (1977). *Image, Music, Text*. London: Fontana Press.
- Callon, Michel (1997). “Introduction: the Embeddedness of Economic Markets in Economics” en Callon, Michel (Ed.). *The Laws of the Markets*. Oxford: Blackwell.
- Callon, Michel (1999). “Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay” en Biagioli, Mario (Ed.). *The Science Studies Reader*. New York y London: Routledge.
- Callon, Michel (2007). “What Does it Mean to Say that Economics is Performative?” en D. A. MacKenzie Donald, Muniesa Fabian & Siu Lucía (Eds.). *Do Economists Make Markets? On the Performativity of Economics*. Princeton, N.J. Woodstock: Princeton University Press.
- Clarke, Graham (1992). “Introduction” en Clarke, Graham (Ed.). *The Portrait in Photography*. London: Reaktion.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Felix (2002). *A Thousand Plateaus: Capitalism & Schizophrenia*. London: Continuum.
- Edwards, Jeanette (2000). *Born and Bred: Idioms of Kinship and New Reproductive Technologies in England*. Oxford: Oxford University Press.
- Freud, Sigmund (1950 (1972)). *Totem and Taboo: Some Points of Agreement between the Mental Lives of Savages and Neurotics*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Fried, Michael (1980). *Absorption and Theatricality: Painting and Beholder in the Age of Diderot*. Berkeley: University of California.
- Gobierno de España. (2006). *Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida* [en línea]. Consultado el 10 de Junio de 2010 de en <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>.

- Lampland, Martha (2010). "False Numbers as Formalizing Practices". *Social Studies of Science*. 40(3), 377-404.
- Latour, Bruno & Woolgar, Steve (1986). *Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts* (2nd ed.). Princeton: N.J. Princeton University Press.
- Latour, Bruno (1999). *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, Mass; London: Harvard University Press.
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press.
- Law, John (2007). *Actor Network Theory and Material Semiotics*, version of 25th April 2007. Consultado el 18 de mayo de 2007 en <http://www.heterogeneities.net/publications/LawANTandMaterialSemiotics.pdf>.
- Levi-Strauss, Claude (1965). "The Future of Kinship Studies". *Proceedings of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, N° 1965,13-22.
- Mauss, Marcel (1990). *The Gift: the Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*. London: Routledge.
- Miranda, Miranda (2007). "Doxa, eugenesia y derecho en la Argentina de posguerra (1949-1957)" en Vallejo Gustavo & Miranda Marisa (Eds.). *Políticas del cuerpo: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Phillips, John (2006). "Agencement/ Assemblage" en *Theory, Culture & Society*, 23(2-3), 108-109.
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (2008). *Proyecto de Ley para la Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida*. Descargado el 4 de Abril de 2009 de <http://www.samer.org.ar/>.
- Strathern, Marilyn (1992). *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*: Cambridge: University Press.

TERCERA PARTE

Saberes médicos y apropiaciones políticas

CAPÍTULO 7

La producción del dispositivo de transexualidad: historia y resistencias

Berenice Bento

La vida de un/a transexual en el hospital y la especificidad del “proceso transexualizador” serán discutidos en este capítulo. Argumentaré que el saber específico que define, clasifica, normatiza, formula etiologías, nosologías y tiene poder de decisión sobre las demandas de los/as transexuales que desean realizarse intervenciones en sus cuerpos, puede ser definido como un “dispositivo de transexualidad”. El punto de partida para su funcionamiento está basado en la interpretación de la transexualidad como un “trastorno de identidad de género”. En la primera parte, esbozo la historia de este dispositivo. En la segunda, a partir de fragmentos de testimonios de transexuales en el hospital, lo veremos en funcionamiento.

El abordaje sobre el funcionamiento del dispositivo de transexualidad se focalizará en ¿Cómo es la vida de una persona trans en el hospital? ¿Cuáles son los procedimientos que lleva a cabo el equipo médico para decidir si una persona es transexual o no? Esto nos permitirá ir más allá de los protocolos escritos e indagar en el conjunto de reglas que no están escritas, en los protocolos invisibles que regulan las relaciones del equipo con las personas trans. Finalmente, presento la lucha globalizada por la despatologización de las identidades trans como un momento de intensa producción de contradiscursos al dispositivo de transexualidad.

La invención del transexual: una aproximación histórica

En la década de 1950, comienzan a surgir publicaciones que registran y defienden la especificidad del “fenómeno transexual”. Estas reflexiones pueden ser consideradas como el inicio de la construcción del “dispositivo de transexualidad”¹. Hay un conjunto de saberes que se articulan para producir una verdad sobre lo que es un transexual.

La articulación entre los discursos teóricos y las prácticas reguladoras de los cuerpos, a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, ganó visibilidad con el surgimiento de asociaciones internacionales que se organizan para producir un conocimiento específico sobre la transexualidad y para discutir los mecanismos de construcción de diagnóstico diferenciado de los *gays*, lesbianas y travestis. Téngase en cuenta que la práctica y la teoría caminan juntas. Al mismo tiempo en que se produce un saber específico, se proponen los modelos apropiados para el “tratamiento”.

En 1953, el endocrinólogo alemán radicado en los Estados Unidos, Harry Benjamin, retomó el término “transexuales” utilizado por Cauldwell y defendió la cirugía de transgenitalización como la única alternativa terapéutica posible para los/las transexuales, posición que se contraponía a los profesionales de salud mental, siempre reticentes a las intervenciones corporales como alternativas terapéuticas, consideradas por muchos psicoanalistas como mutilaciones. En el artículo *Transvestism and Transsexualism*, Benjamin (1953) rechazó violentamente todo tratamiento psicoterapéutico, y sobretodo psicoanalítico, orientado para los transexuales.

Dos grandes vertientes de producción de conocimiento irán a encontrarse en la temática de la transexualidad y en la articulación interna del dispositivo de transexualidad: el desarrollo de teorías sobre el funcionamiento endocrinológico del cuerpo y las teorías que destacaron el papel de la educación en la formación

¹ Según Foucault, los dispositivos "son formados por un conjunto heterogéneo de prácticas discursivas y no discursivas que poseen una función estratégica de dominación. El poder disciplinar obtiene su eficacia de la asociación entre los discursos teóricos y las prácticas reguladoras" (Foucault, 1993:244).

de la identidad de género. Estas dos concepciones producirán explicaciones distintas para el origen de la transexualidad y, consecuentemente, caminos propios para su “tratamiento”. Sin embargo, la disputa de saberes no constituye un impedimento para que una visión biologicista y otra aparentemente constructivista trabajasen juntas en la oficialización de los protocolos en los centros de transgenitalización.

La década de 1960 fue un momento en el que las formulaciones comenzaron a tener desdoblamientos prácticos, principalmente con la organización de Centros de Identidad de Género en Estados Unidos orientados a atender exclusivamente a los transexuales. En 1969, se realizó en Londres el Primer Congreso de la Harry Benjamin Association que, en 1977, cambiaría su nombre para Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA).² La transexualidad pasó a ser considerada como una “disforia de género”³, término acuñado por John Money en 1973. Actualmente, la asociación se denomina

² Para consultar los documentos de la historia de la WPATH consultar:
<http://www.wpath.org>,
<http://www.symposion.com/ijt/benjamin>
<http://www.gendercare.com>

³ Según King (1998), la utilización del concepto “disforia” tuvo como objetivo demarcar y delimitar un campo de saber médico en un momento de popularización del término “transexualismo”. La HBIGDA define “disforia de género” como “aqueel estado psicológico por medio del cual una persona demuestra una insatisfacción con el sexo congénito y con el papel sexual, tal como es socialmente definido y consignado para este sexo, y que requiere un proceso de reasignación sexual quirúrgica y hormonal” (Ramsey 1996:176). En el Código Internacional de Enfermedades (CID), la transexualidad aparece en el capítulo “Trastornos de personalidad de Identidad Sexual” definido así: “Transexualismo: trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatómico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado”. (<http://www.psiqweb.med.br/cid/persocid.html>). Las definiciones de la WPATH y el CID son básicamente las mismas. La utilización del nombre “disforia” parece también haber tenido como objetivo demarcar campos de disputa entre los saberes internos al dispositivo de transexualidad.

WPATH (World Professional Association for Transgender Health).

La HBGDA se legitimó como la responsable de la normatización del “tratamiento” para las personas transexuales en todo el mundo. El libro *El fenómeno transexual*, de Harry Benjamin, publicado en 1966, fundó las bases para diagnosticar al “verdadero” transexual. En este libro, son establecidos los parámetros para evaluar si las personas que llegan a las clínicas o a los hospitales solicitando la cirugía son “transexuales de verdad”.

Esos documentos generaron desdoblamiento micros y macros. Los desdoblamiento micros se refieren a la forma en cómo un transexual valora a otro/a transexual. Conseguir hacerse una cirugía de transgenitalización, tener signos corporales y performances que los y las aproximan a su identidad de género, por ejemplo, son indicadores que producen la certeza de que se está delante de un/una transexual de verdad. A lo largo de nuestro trabajo de campo, era común escuchar comentarios de las mujeres transexuales que formaban parte del Projeto Transexualismo del Hospital das Clínicas da UFG- Goiânia (Brasil) sobre la forma en que una candidata debía vestirse, su estilística corporal. Cuando, después de años, finalmente una de ellas conseguía el reconocimiento médico como “transexual”, los comentarios eran desde “yo sabía que ella era un transexual de verdad” a “no lo sé, creo que ella engañó al equipo”. Por lo tanto, el paradigma del “transexual de verdad” tiene efectos capilares. Los desdoblamiento macros son aquellos que se refieren a la comprensión que las instituciones tienen de las personas transexuales, principalmente la justicia y la medicina, que, delante de las demandas para el cambio de los documentos y/o de los cuerpos hacen evaluaciones sobre sus feminidades/masculinidades.

La construcción de un campo conceptual específico para la transexualidad

La deconstrucción del carácter patologizante atribuido por el saber oficial⁴ a la experiencia transexual debe comenzar por la problematización del lenguaje que crea y localiza los sujetos que viven esta experiencia.

“Transexualismo” es una nomenclatura oficial (utilizada por los centros de salud que hacen cirugías de transgenitalización) para definir a las personas que viven una contradicción entre cuerpo y subjetividad. El sufijo “ismo” es denotativo de conductas sexuales perversas, como, por ejemplo, “homosexualismo”. También en la misma lógica de patologización, el saber oficial denomina a las personas que pasan por el proceso transexualizador de mujer para hombre de “transexuales femeninos” y de hombre para mujer de “transexuales masculinos”. Según esta lógica, independientemente del deseo de una mujer biológica que pasa por todos los procesos para la construcción de los signos corporales identificados socialmente como pertenecientes a lo masculino, continuará siendo un “transexual femenino”, lo cual, si pensamos en el contenido de la experiencia transexual no desde la lógica oficial, parece una contradicción, ya que esta experiencia niega el precedente explicativo del sexo cromosomático para sus conductas. Al definirlo como “femenino” se está negando la legitimidad de la existencia social, ya que la nomenclatura retorna a la esencialización que la propia experiencia niega y recuerda al mismo tiempo que ella nunca será un hombre.

Cuando una transexual femenina afirma: “yo soy una mujer. Tengo que ajustar mi cuerpo”, y un médico le nombra como “transexual masculino”, estará citando las normas de género que establecen que la verdad de los sujetos está en el sexo. Aunque los movimientos sociales de militantes transexuales y algunas reflexiones teóricas afirmen que la cuestión de la identidad

⁴ Considero como “saber oficial” los documentos producidos por la APA (Asociación de Psiquiatría Norte-Americana, el SOC (Standard of Care) de la WPATH y el CID (Código Internacional de Doenças), de la OMS.

es lo que debe prevalecer a la hora de la nominación, el lenguaje científico, a través del bautismo conceptual, retorna a la naturalización de las identidades.

El acto de nominación de la identidad de género debe partir del deseo del sujeto. Utilizo “transexuales femeninas” o “mujeres transexuales” para referirme a los sujetos que se definen y que se sienten como mujeres y por “transexuales masculinos” o “hombres transexuales” a los que se sienten y se definen en cuanto pertenecientes al género masculino. Cuando se afirma que los criterios aquí establecidos parten de las subjetividades de los propios sujetos y sus narrativas, no se está utilizando el hecho de haberse sometido a una cirugía o al deseo de realizarla como el criterio de esta nominación. Hay otras posibilidades de identificación: hombres trans, mujeres trans, personas que viven la transexualidad.

Hay una pluralidad de interpretaciones y de construcciones de sentidos para los conflictos entre el cuerpo y la subjetividad en esta experiencia. Lo que hace a un sujeto afirmar que pertenece a otro género es un sentimiento; para muchas personas transexuales la transformación del cuerpo a través de las hormonas ya es suficiente para garantizarles un sentido de identidad, no constituyendo las cirugías una demanda.

Cuando decir es hacer

La discusión sobre los “bautismos conceptuales” remite a las reflexiones de John Austin (1990) sobre la capacidad del lenguaje de crear realidades. Para este autor, es necesario apuntar que el lenguaje no tiene solamente la función de describir la realidad, debiéndose comprenderlo como una modalidad productora de realidades. En el caso del lenguaje científico, la tarea de desvelamiento de esta función es considerablemente compleja, pues su eficacia consiste en la idea de la supuesta capacidad de la ciencia de describir la realidad de forma neutra.

Cuando Austin afirma que se deben examinar las palabras vinculándolas a determinadas situaciones, provoca un dislocamiento del eje de análisis de la palabra como unidad

generadora de sentido por sí sola para relacionarla a los contextos en que son generadas. Esta proposición deriva de su tesis de que hay una clase de palabras que no representan a la realidad, sino que le dan vida. Veamos algunos ejemplos sugeridos por Austin.

Las declaraciones: “acepto esta mujer como mi legítima esposa”, “bautizo este navío con el nombre de Reina Isabel”, “apuesto cien cruzados que va a llover” (Austin, 1990: 24), están creando una expectativa a través del acto de habla. Austin llamará estas expresiones o clase de palabras como “performativas”, porque se caracterizan por su fuerza creadora de realidades.

Para Austin, no todas las declaraciones verdaderas o falsas son descripciones, prefiere considerarlas como constatativas (por ejemplo, cuando alguien dice: “tengo un libro encima de la mesa”). A diferencia de las constatativas, hay un tipo de expresión que se disfraza. Este tipo, sin embargo, no se disfraza necesariamente como declaración factual, descriptiva o constatativa. Lo que puede parecer extraño es que esto ocurre exactamente cuando asume su forma más explícita. Cuando se dice “acepto” no se está describiendo un casamiento, sino casándose. El acto del lenguaje, en esta perspectiva, no es una representación de la realidad, sino una interpretación, constructora de significados.

Austin llamó esta característica del lenguaje como “capacidad performativa”. Judith Butler (1993 y 1999) hizo una lectura de la obra de Austin vinculándola a sus reflexiones sobre las identidades de género. La teoría del lenguaje de Austin y la de la citacionalidad de Jacques Derrida (1991) se articulan con otras contribuciones teóricas, entre ellas la de genealogía del saber y del poder de Michel Foucault (1993, 2001 y 2002), para proponer una teoría sobre los procesos de construcción de los géneros.

El insulto sería uno de los actos performativos más recurrentes de producción de subjetividades de género. Para Butler (2002), estos actos lingüísticos son modalidades de un discurso autoritario, ya que están insertos en una red de autorizaciones y castigos. El poder que tiene el discurso para realizar aquello que nombra, está relacionado con la performatividad, o sea, con la capacidad de los actos lingüísticos

de citar reiteradamente las normas de género, construyendo el poder de actuar cómo y en el discurso.⁵

Cuando el saber médico nombra a la experiencia transexual a partir de la naturalización, está citando las normas que fundamentan y construyen los géneros a partir del dimorfismo. Cuando se define las características de los transexuales, universalizándolas, se determinan padrones para la evaluación de la verdad, generando jerarquías que se estructuran a partir de exclusiones.

Conforme a lo propuesto por Butler (1999), donde hay un yo que enuncia o habla, produciendo un efecto en el discurso, existe un discurso que lo precede y posibilita la existencia de ese “yo”. Cuando se dice “transexual”, no se está describiendo una situación, sino produciendo un efecto sobre los conflictos del sujeto que no encuentra en el mundo ninguna categoría clasificatoria y, a partir de ahí, buscará “comportarse como “transexual””.

El saber médico al decir “transexual” está citando una concepción muy específica de qué es un/a transexual. Este saber médico borra la legitimidad de la pluralidad, ya que pone en funcionamiento un conjunto de reglas, sustanciadas en los protocolos, que buscan encontrar al/la “verdadero transexual”. El acto de nombrar al sujeto como transexual implica presupuestos y suposiciones sobre los actos apropiados y no apropiados que los/as transexuales deben actualizar en sus prácticas.

⁵ Es importante destacar que hay muchas formas de proferir un insulto, incluso institucionalmente. En la lengua inglesa las calificaciones de género son muy específicas y rígidas. Los pronombres *He* e *She* (él o ella) clasifican solo a los seres humanos y para todo lo demás está reservado el pronombre *it*. En algunos estados americanos (en Florida o Missouri, por ejemplo) los/as transexuales son clasificados/as como *It*. Para el Estado ellos/ellas simplemente están fuera de la categoría “ser humano”. Sobre las demandas jurídicas y las contiendas por herencia que esta nominación ha generado, ver Revista *Isto é* (6/3/2002).

La construcción del diagnóstico diferenciado y la aplicación del protocolo

El diagnóstico de transexualidad es realizado a partir de una exhaustiva evaluación, que incluye una historia clínica completa del caso, test psicológicos y sesiones de terapia. El “tratamiento” y el diagnóstico de transexualidad adoptados en las comisiones de género y en los programas de transgenitalización están basados en dos documentos: en las *Normas de Tratamiento* de la WPATH y en el *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Disturbios Mentales* (DSM),⁶ de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La APA pasó a incluir a la transexualidad en los “Trastornos de identidad de género” en su tercera versión (DSM-III), en 1980, el mismo año que oficializó el retiro de la homosexualidad de este documento. La transexualidad apareció en la nueva sección sobre “Disturbios de identidad de género”, junto con “Disturbios de identidad de género de la infancia” y “Disturbios de identidad de género atípica”.

El proceso transexualizador está compuesto por las exigencias que los Programas de Reasignación⁷ definen como obligatorias para los/as “candidatos/as”. Los protocolos le otorgaron concreción a esas obligaciones en cuanto al tiempo de terapia, la terapia hormonal, al test de vida real, a los test de personalidad, además de los exámenes de rutina. Si el/la “candidato/a” consiguen cumplir todas las etapas y exigencias establecidas, estará apto para someterse a la cirugía de transgenitalización.

Ser “candidato/a” significa superar con éxito las pruebas que le son administradas en sus visitas semanales al hospital. Pero, ¿quién tiene el poder de decidir si el/la “candidato/a” es

⁶ La cuarta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) se encuentra disponible, en español en: <http://www.humano.ya.com/transsexualia/>.

⁷ “Reasignación” es el nombre adoptado oficialmente por la HBIIGDA para las intervenciones quirúrgicas en los transexuales. También es usual en la esfera médica la expresión “cambio de sexo”. Aquí será utilizada la expresión “transgenitalización” o simplemente “cirugía correctiva” para esas intervenciones por considerar que las reivindicaciones de los/as transexuales se fundamentan en la revisión de la asignación sexual impuesta.

aprobado o no? ¿Qué está en juego en estas pruebas? Los/as transexuales no demoran mucho en comprender el significado de ser un/a “candidato/a”.

Estas ideas son interiorizadas por los/as demandantes, que pasan a estructurar sus acciones a partir de estas definiciones. Tal como repetía uno de los miembros del equipo médico a uno de los candidatos ante cada retraso en su cita en el hospital, “ser parte del proyecto tiene un precio. Cuando no está dispuesto a pagarlo, está fuera”.

A lo largo de tres años (entre 2000-2003) acompañé el Proyecto Transexualismo. Los “candidatos” hicieron una primera consulta con la coordinadora; algunos transexuales relataban que sentían una mezcla de esperanza y miedo: esperaban por vislumbrar la posibilidad de ser “liberados” de partes del cuerpo consideradas responsables del rechazo que sienten de sí mismos, y miedo de no ser aceptados en el Proyecto. Es interesante observar que Pedro y Kátia⁸ se preparaban de la misma forma para recibir una respuesta negativa.

Pedro: Ahora, yo voy a hablar, yo estaba decidido a suicidarme. La doctora me habló así: “tal día ven aquí, que yo te quiero examinarte”. Era el día de la respuesta sobre la operación. Esto fue al comienzo, cuando yo entré en el proyecto. Ahí pensé mucho sobre esto; ahí decidí que si la respuesta fuese no, yo tenía mis planes: ya había subido al tercer piso [del hospital]. Llegué a una ventana, miré para abajo, pensé: “si caigo de aquí, si me tiro de aquí de cabeza, yo creo que no queda nada, yo voy a morir”. Bueno, es eso mismo, si la respuesta fuese no, yo iba a hacer eso, ahí mismo; lo tenía decidido, y avisé aquí en casa. Les dije así: “si hoy no llego...” [la madre interrumpe la entrevista: “Esto era falta de

⁸ Todas las entrevistas transcritas en este artículo son de colaboradores de la investigación realizada en el Hospital Universitario de Goiânia para mi tesis de doctorado.

Dios en su corazón y falta de fe. ¡Cállate!] Yo sé, mamá, que yo no tenía que pensar así, pero es que la revuelta es demasiada. Aunque soy una persona que vive a su manera, con el cuerpo que yo tengo, con la cabeza que tengo... no, no tenía posibilidades para vivir.

Katia: En toda esa agonía, de esos exámenes, de todas esas cosas, y del miedo de que ellos dijeran que no iban a operarme, hice una faca bien afilada, ¿sabés? Y vine para el hospital el día que ella iba a decirme si iba a ser parte del equipo o no. Ahí hice la faca bien afilada, la puse en la cartera y la traje. Pensé: “si ella dice que no puede operarme, yo entro en el baño y me meto la faca ahí. Tiro esta porquería de cualquier forma”. De cualquier forma la quería tirar. Y antes de eso en el baño, ¿sabe? Yo siempre entraba en el baño e intentaba, llegaba a lastimarlo todo con la uña, si, le quitaba la piel con la uña, tengo marcas en él, de apretar la uña y lastimar.

Se puede notar que hay una diferencia considerable entre los dichos de Pedro y Katia. En cuanto para él una respuesta negativa significaría el fin de la vida, Kátia, cuando decidió que se haría ella misma una cirugía en el hospital, preparó esa estrategia orientada por su deseo de vivir. Probablemente sería una forma de mostrar al equipo médico que ella tenía certeza de su deseo de realizarse una cirugía y, al hacerla en el hospital, garantizaría su atención. Aunque, para ambos, sería el hospital el espacio para resolución de sus infortunios.

En Carla y Manuela, más allá del miedo de saber si serían parte del Proyecto o no, que es interpretado por muchos como una garantía de la realización de la cirugía, hay una ansiedad por comenzar la terapia hormonal.

Carla: Si Dios quiere, voy a comenzar a tomar las hormonas. Ya hice todos los exámenes y hoy a la tarde voy a encontrarme con la doctora. Creo que con las hormonas voy a quedar bien femenina. ¿Los senos crecen

mucho? ¿Y los pelos? Yo casi no tengo pelos, pero da mucho trabajo tirar todo el día con la pinza. Ah, no veo la hora... Mi sueño es tener senos, porque yo no tengo nada, esto de aquí [apunta para los senos] es un algodón que yo me pongo para dar un poco de volumen.

Manuela: Voy a buscar los exámenes hoy. Eh... tengo un poco de miedo de que esos exámenes den algún problema y no poder operarme. Si por lo menos yo comenzase a tomar luego esas hormonas. ¿Se demorará mucho para comenzar?

Estos relatos exponen expectativas y deseos. Una vez aceptados en el proyecto se desencadena una nueva etapa en la relación con el equipo. A partir de ahí serán “candidatos/as”.

Después de la primera entrevista, tienen inicio los exámenes, la psicoterapia y los test y, de hecho, se establece una rutina.

Pedro: Hice tantos, tantos exámenes. ¡Wow, qué cosa horrible! Y otros para la cabeza. Me colocó dentro de un tubo, aquí así [apunta para la garganta]. Mi Dios del cielo, donde tenía el buraco, así, parecía que estaba saliéndome fuego. Una de las médicas me preguntaba: “¿Usted nunca se golpeó la cabeza?”... Esos exámenes cansan, cansan demasiado. A veces llegué a pensar en desistir. Llegaba un momento en que era mucho, ¿sabe? Si yo tuviese dinero, yo creo que ya tendría hecha la cirugía. Yo creo que, si habría, si tuviese posibilidades lo habría hecho.

La médica que preguntaba a Pedro si él se había golpeado la cabeza, en otra ocasión volvió a preguntarle lo mismo a su madre. El hecho de averiguar si el “se golpeó la cabeza” era una forma de cuestionar la salud mental de Pedro. Era como si buscarse alguna explicación aceptable sobre porqué una “mujer biológicamente sana” solicita una intervención en el cuerpo. La voluntad de Pedro de desistir se justifica tanto por la cantidad de

test y exámenes como, y principalmente, por las situaciones en las cuales estos exámenes lo colocaban.

Para Andréia, ir al hospital significaba pasar de un estado a otro y como consecuencia, concentrar todos los exámenes, test, fonoterapia y psicoterapia en dos días.

Andréia: Creo que es terrible. Es un período, como si fuese un período de pruebas. Hoy mismo, vine con sólo R\$3,50, el dinero del colectivo. Yo sé que no voy a tener dinero para comer, ni para tomar leche. Ahora, vos imagináte si después de todo este sacrificio ellos dicen que no puedo hacerme la cirugía. ¡Dios me libre y me guarde! Porque no es una cosa que es solo mía, como se dice, yo quiero, mi familia tiene expectativas, y mis amigos, mis compañeros de trabajo. Hay todo un contingente de personas con esa expectativa.

Las dificultades financieras de Andréia son, con pequeñas variaciones, semejantes a las de todos los/as “candidatos/as” frecuentadores del Proyecto. En determinado período, se inician los test de personalidad. No hay una rigidez para el inicio de su aplicación. Algunos estaban hacía ya más de dos años en el Proyecto y realizaban los test al mismo tiempo que otros casi recién llegados.

El/la transexual sabe que debe desempeñar bien esa etapa de pruebas y, cuando esto no ocurre se produce un sentimiento de inseguridad.

Pedro: Tuve un test que no conseguí pasar, porque yo estaba perturbado con esa niña que está en el hospital [se refiere a una amiga internada]. Cuando me enteré, me sentí muy, así... Entonces, yo no estaba en condiciones de hacer el test, igual lo hice, porque pensé que era una obligación mía. No me salió bien el test. Entonces, eso me grilou (sic), me puse nervioso con eso. Dije: “vos siempre tienes que compararme con esa persona, que esa persona es mejor que yo en eso, que esa

persona... Yo quería que ellos [se refiere a los miembros del equipo médico] fuesen más amigos míos. Sabe, para ellos eso mucho más fácil, ¿no? Están sentados, solo escuchando. Pienso ahora y me da nervios.

Se puede evidenciar una interiorización de la idea de “candidato” actuando en la subjetividad de Pedro cuando afirma que se siente triste por no conseguir aprobar con éxito una de las pruebas. A la inversa, el sentimiento de felicidad, también puede ser interpretado como un indicador de esa interiorización y de la lectura que hace de su relación con el equipo médico.

Pedro: Otro test que hice fue con una chica; a decir verdad, yo no sabía bien la profesión de ella. Solo sé que era así: tenía unas, unas tablas con sujeta-papeles; ahí tenía tipo unas pinturas. Yo pasé por ese test también. Me gustó mucho ese test, lo pasé. Sé que tienen unas pinturas que la tiene que mirar de un lado y del otro. Ella escribe, ella marca, ella anota, todo lo que hablaba, ella anotaba, todo, todo, cualquier palabra. Ella dijo: “Pedro, a partir de ahora yo voy a anotar todo y voy a escribir todo”. Entonces yo tenía que ver aquella pintura e imaginar un dibujo, cualquier cosa que yo imaginase tenía que decírselo a ella. Me gustó mucho ese test. Ella dijo que pasó el test.

La sensación de “salí bien en esos test” era común. Algunas veces, después de hacer los test, la alegría del/la “candidata/a” contrastaba con la posición de quien los había aplicado. No era raro escuchar comentarios de miembros del equipo: “El Rochard de él apuntó una personalidad ambigua. Y el del otro, una personalidad borderline”, “El MMPI reveló un QI debajo de la media”. Esto lleva a la conclusión de que, muy comúnmente lo que era interpretado como un éxito por los/as “candidatos/as”, no correspondía al diagnóstico final de quien los aplicó.

Las obligaciones iban más allá de las explicitadas en el protocolo. Había también un “protocolo invisible”, efectivizado en los comentarios, en las miradas y en las censuras de los miembros del equipo y de otros funcionarios del hospital que, poco a poco, producían en los demandantes la necesidad de articular estrategias de juego para conseguir moverse en ese ambiente.

En la rutina de exámenes, el/la transexual pasa por varios consultorios. Una de las escenas descritas como de las más frecuentes acontecidas mientras esperaban ser atendidos era “una mujer, al final del pasillo, llama gritando aquel nombre que odio [en referencia a su nombre propio de bautismo]. Wow parece que la tierra me traga.”

Pedro: Yo estaba en un pasillo con un montón de gente esperando ser atendido. Ahí una enfermera llega a la puerta y dice un nombre, ahí todo el mundo me mira y yo escuchaba los comentarios “uy, ¿un hombre con nombre de mujer? Cosa extraña.”

“Un nombre” que él no reveló en el transcurso de nuestros varios encuentros, “un nombre” sin nombre, guardado en secreto. Decirlo, pronunciarlo sería recuperar su condición femenina. El nombre propio aquí funciona como una interpelación que lo recoloca, que resucita una posición de género de la cual lucha por salir. ¿Cuál sería su nombre de bautismo? ¿María? ¿Clara? ¿Joana? A lo largo de las entrevistas, pocos revelaron sus nombres de bautismo. En el hospital, sin embargo, la escena de un/a enfermer/a gritando “aquel nombre, u otro nombre” era muy frecuente.

Muchas veces presencié escenas como esta descrita por Pedro. Los ojos inquisidores de las decenas de pacientes amontonados en largos pasillos de hospital, sin comprender lo que estaba aconteciendo allí: “un hombre, ¿con nombre de mujer?” provocaba un efecto corporal cuasi mecánico en el/la transexual que aceleraba el paso y bajaba la cabeza. Lo que sería “una cosa extraña” en ese momento, Pedro era la propia “cosa extraña”,

aquello que no tenía nombre, una cosa, inclasificable, no hombre, no mujer, la propia materialización de lo grotesco.

Ser identificado públicamente por el nombre que lo/la posiciona en el género rechazado era una forma resignificada de actualizar los insultos de “macho”, “tortillera”, “marimacho” que, a lo largo de sus vidas, los habían marginado. Tal vez el “protocolo invisible”, o no dicho, no explicitado, sea más importante y más difícil de negociar.

Entre los relatos de insultos, Pedro destacó otro que lo marcó:

Pedro: Cuando fui a visitar a uno de los doctores, él hizo una broma que no me gusta. Me colocó, después de examinarme y saber cuál era mi caso, me colocó en una silla, en medio de un montón de médicos y médicas novatas, como es que se dice, ¿qué están comenzando? Pienso que serían unos diez, todos mirando hacia mí, aquellas chicas curiosas, aquellos chicos y yo en el medio [médicos residentes], parecía una bolsa de arena, ahí en el medio, quietito. Ahí, el doctor dijo: “el caso de ella es de una mujer queriendo ser hombre, pero transformar un Joãozinho en Maria es mucho más fácil, ahora una Maria en un Joãozinho, es mucho más complicado”. Y yo solamente escuchando. Una decía una cosa, la otra decía otra; y una de las médicas dijo: “bájale los pantalones”. Lo miré y dije: “doctor, no voy a bajarme los pantalones”. Luego habló, habló y pidió: “Tira los pantalones ahí”. Dije: “lo siento mucho, el señor ya me vió, ya sabe cuál es mi caso, conoce mi cuerpo, yo no voy a tirar”. Ahí una chica vino hacia mí, dijo así: “pero la gente quiere ayudarte, la gente no quiere andar curioseando, la gente no está aquí para curiosear, la gente quiere ayudar”. Yo dije: “Yo no voy a tirar”. Y no tiré. Él pidió unas tres veces más, yo no quise tirar, y no tiré. Yo sentado entre aquel montón de gente

mirándome... pareciendo que yo era no se qué... Todo el mundo curioseando, mirándome de arriba abajo, yo bajaba la cabeza. Yo me sentí un animal.”

Si el nombre propio de bautismo pronunciado públicamente produce una discontinuidad entre este nombre y las performances de género, exponer los genitales públicamente genera la espectacularización del diferente exotizado. Aquí se ve uno de los mecanismos de funcionamiento del hospital más común: se ejerce autoridad y poder a partir de la infantilización del/la “candidato/a”. Las rutinas y las obligaciones a las cuales se deben someter, se justifican en nombre de su bienestar, borrando, así, la capacidad de decisión y de poder del/la transexual sobre sus cuerpos y sus acciones. Sin embargo, hay un límite, que no sabemos definir con precisión, a aceptar ese ejercicio de poder. Cuando Pedro no se baja la ropa, ese límite se explicita.

Pocas horas antes de realizar la cirugía de transgenitalización, Kátia recuerda la actitud del enfermero que hacía preguntas llamándola por el nombre masculino, lo que le causó mucha vergüenza.

Katia: Fue horrible. Yo ahí en la enfermería con las otras mujeres y él llamándome por mi nombre masculino. Tres veces le pedí, pero él hacía de cuenta que no escuchaba y repetía. Mi presión subía tanto. Me quedé con miedo de no poder operarme.

Después de la cirugía, aconteció otro episodio que le provocó una infección, dejándola por más de veinticinco días internada.

Katia: Tuve que quedarme varios días en el hospital... porque me dio una infección, por mi estado emocional y por una cosa que aconteció en el hospital. Un tipo me amenazó dentro del hospital con una navaja. Había un muchacho moreno en la enfermería, fui llamada por él, porque yo tenía pelos en el

rostro. Ahí, este tipo me apuntaba para otro hombre y preguntaba: “¿Tienes el coraje de enamorarte de él?” Y hablaba de ese modo, me hablaba de él. Ahí yo le dije: “Si yo fuese él, no estaría en una habitación de mujer”. Esto en un lunes, cuando fue martes él abrió una navaja en la puerta de mi habitación y dijo: “aquí, oh, para vos”. Yo estaba débil. Yo fui agredida muchos años atrás, cuando tenía dieciocho años, por un concejal de mi ciudad. El me cortó toda con la navaja. Tengo varias cicatrices de navaja [muestra las cicatrices en las piernas, en los muslos y en los brazos]. Yo fui toda cortada y no tuve ningún trauma, pero cuando él apuntó con la navaja y mostró que era para mí, me acordé de lo que me pasó. Ahí llamé a la enfermera-jefe y ella me dice que eran locuras mías, que él simplemente estaba queriendo abrir una caja con un cuchillo. Pero ¿porqué él no abrió ese cuchillo en la puerta de la enfermería?

Los hilos que amarran los fragmentos componen los “protocolos invisibles” son los insultos, las miradas que están presentes en las enfermerías, en los consultorios y que en cada momento recuerdan al/la transexual su condición de diferente, de “cosa extraña”.

A lo largo del trabajo de campo, ocurrieron encuentros con psicólogos que muchas veces se preguntaban: “a veces aquel candidato tiene un comportamiento que sugiere una homosexualidad reprimida”; “¿usted vio como estaba vestido? Parecía un travesti”; “tuve que decirle a ella: “mire, usted se está vistiendo como una puta”, y también: “¡wow! ¿Vio cómo ella es una mujer perfecta? No tengo la menor duda: ella es transexual”; “no tengo dudas: con el tiempo la gente pasa a reconocer a simple vista a un transexual; basta ver la forma de andar, de vestir y la mano. La mano es fundamental.”

Cuando esos comentarios son realizados directamente al/la “candidato/a” se produce un efecto prescriptivo, que desencadena en el /la transexual un “ajuste” performativo cuando

aquello se establece como verdad para los géneros y que, en este momento, el miembro del equipo representa. Como un juez que dicta sentencia “yo los declaro casados”, creando realidades, estos actos lingüísticos, disfrazados de “comentarios descriptivos”, generan una serie de efectos regulatorios en las performances y en las subjetividades de los/las transexuales.

Como analizó Foucault (1985), en las sociedades modernas se confiesan los sentimientos, se teoriza sobre el hambre, se inventa una ciencia de los cuerpos, de las conductas, del sexo, al mismo tiempo en que se someten un conjunto de cosas dichas y hasta son silenciadas con procedimientos de control, de selección y de circulación, que actúan como policía de discurso.

Muchas veces, esas evocaciones sobre la forma en que los/as transexuales se visten, caminan y andan, o sea, sobre su determinada “estilística corporal” (Butler 1999), eran producidas ya en el primer encuentro. El poco tiempo de terapia me hace concluir que los datos disponibles para pronunciar tales sentencias estaban respaldados, para su concreción, en las performances de género que los/as transexuales actualizan. Es esa mirada que se estructura a partir de las dicotomías corporales y de la binariedad para la comprensión de las subjetividades, que estará señalando los excesos, denunciando aquello que recuerda conductas y subjetividades no apropiadas para un hombre y una mujer. El tiempo de vida en el hospital tiene otra función: realizar la “asepsia” en las performances de los/as “candidatos”, cortar las parodias de género, eliminar todo lo que recuerde los seres abyectos que deben ser mantenidos al margen: los gays, las travestis y las lesbianas.

Si una mujer de verdad es discreta en la forma de maquillarse, en los modelos de sus vestimentas, si habla bajo y gesticula moderadamente y tiene una voz que no recuerda los falsetes de las travestis, entonces hay todo un conjunto de intervenciones para construir un sujeto transexual que no tenga en sus performances de género ninguna señal que los cite. La coherencia de los géneros está en la ausencia de ambigüedades y la mirada del especialista está allí para limpiar, cortar, apuntar, señalar los excesos, hacer el trabajo de asepsia. Es el dispositivo de

transexualidad en pleno funcionamiento, produciendo realidades y ritualizándolas como verdades en las sentencias pronunciadas tanto en los juzgados como en los ojos inquisidores de los miembros del equipo médico.

Movilización internacional por el fin de la patologización de las identidades trans

En 2013 se publicó la 5ª versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), Documento oficial de la APA. El Código Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, también está en proceso de revisión. Desde que el género pasó a ser una categoría diagnóstica, en los inicios de la década de 1980, es la primera vez que surge un movimiento globalizado por la supresión de la transexualidad dentro de las enfermedades indetificadas como trastornos mentales. De forma rizómica, el movimiento “Stop Trans Pathologization” consigue adhesiones en varios países, lo que revela la capacidad de resistencia de múltiples voces que se unen contra el poder de la APA y del CID, aunque también nos revela el alcance y el poder de los códigos de los documentos producidos por estas entidades.

Asumida por decenas de organizaciones y redes internacionales de activismo trans, en África, en Asia, en Europa y en América del Norte y del Sur, la campaña coordina, cada 17 de octubre, una movilización internacional simultánea en varios países del mundo. Las demandas de la campaña son:

- El retiro del TIG (Trastorno de Identidad de Género) de los manuales internacionales de diagnóstico (en sus próximas versiones DSM-V y CID-11).
- El retiro de la mención de sexo en los documentos oficiales.
- La abolición de los tratamientos de normalización binaria para las personas intersex.
- El libre acceso a los tratamientos hormonales y las cirugías (sin la tutela psiquiátrica).

- La lucha contra la transfobia, propiciando la educación y la inserción social y laboral de las personas trans.

A lo largo de los debates sobre la campaña por la despatologización, observé que los argumentos a favor de su mantenimiento en el CID y en el DSM se repetían, tal como intentaré sistematizar y discutir:

- **La determinación natural de las identidades de género**

Los transexuales y travestis son enfermos porque se nace hombre o se nace mujer.

Aunque este argumento circule ampliamente en todas las esferas y relaciones sociales, no puede ser identificado como perteneciente exclusivamente al llamado sentido común. En este caso, sentido común y pensamiento científico hegemónico se retroalimentan permanentemente tornando difícil identificar dónde comienza uno y termina el otro. El sentido común afirma que está probado científicamente que el hombre es natural y radicalmente diferente de la mujer. El pensamiento científico se apropia de las recurrencias observables en las relaciones entre los géneros para conferir científicidad a los hallazgos que refuerzan la diferencia sexual natural y, como desdoblamiento, la diferencia natural entre los géneros. Cabría aquí una discusión sociológica, histórica y antropológica de las múltiples configuraciones y performances de género en otras sociedades y en la nuestra para sustentar nuestra tesis de que el género es un asunto de poder. La naturaleza del género es ser desde siempre cultura, un espacio de lucha.

- **La visión suicidógena**

No se puede retirar la obligatoriedad de la terapia psicológica, o flexibilizar el protocolo. Hay relatos de suicidios de personas que se hicieron las transformaciones corporales y después se arrepintieron.

Nada más falso que la visión de que las personas transexuales y travestis son potencialmente suicidas. La defensa de la obligatoriedad de un protocolo rígido que obliga a las personas que viven experiencias de género que demandan determinadas alteraciones corporales, a realizar una terapia psicológica con el argumento de que es para el bien de los/as demandantes, reafirma la posición hegemónica de que las personas transexuales son

trastornadas o que las torna incapaces de elegir. Me parece una contradicción que cualquier psicólogo o psicoanalista, mínimamente consciente de los significados del vínculo terapéutico, defienda la obligatoriedad de la terapia.

La cuestión del protocolo adquiere para nuestra discusión una importancia central. Una vez definido que el género es una categoría medicalizable, el paso siguiente será establecer los mecanismos para curarlo, aunque, tal como alertó Gerald Ramsey: “aún sabiendo que un transexual jamás será normal, lo que haremos es darles mayor confort de vida.” (Ramsey, 1996:08).

El protocolo orienta las políticas públicas para la atención de la salud de la población travesti y transexual, como ha ocurrido con la orden del Ministerio de Salud de Brasil que sigue completamente los cánones de la APA y del CID.

Si partimos del supuesto de que hay múltiples posibilidades de experiencias y prácticas de género y de que las personas que solicitan orientaciones corporales son sujetos capaces de conferir sentido a estas transformaciones, no hay justificativo para definir un protocolo fundamentado en el trastorno mental. Debemos cuestionar el protocolo, en los términos en que viene siendo implementando, y encarar la cuestión de la patologización de género. Por lo tanto, la cuestión del suicidio se parece mucho más a una retórica de victimización para continuar medicalizando los géneros.

▪ **Concesiones estratégicas**

Si la transexualidad y la travestilidad no fueran consideradas como enfermedades, el Estado no costeará los gastos de los procesos de transformaciones corporales.

Hay un grupo considerable que defiende esta estrategia, pero creo que podemos dividirlo y al hacerlo veremos que entre ellos hay sectores que difieren considerablemente. Para las/os travestis y transexuales que precisan utilizar los servicios públicos para la realización de determinadas alteraciones corporales, es una preocupación el retiro del carácter de trastorno. Aunque hay otro grupo que defiende el diagnóstico de género y que se escuda en forma oportunista en el argumento del acceso a los servicios de

salud, principalmente aquellos/as que operan capilarmente el DSM y el CID.

Sin embargo, tanto una como otra posición invierte la lógica de pertenencia a una comunidad llamada Estado-Nación. Si para el Estado son normales aquellos/as que tienen una correspondencia entre la genitalidad, la performance y el deseo, y esta definición genera el *modus operandi* que excluye a los sujetos que no están dentro de estos marcos, estamos frente a una contradicción. Y la respuesta para resolver esta contradicción en los marcos del DSM y del CID es una inclusión excluyente, una ciudadanía precaria y deficitaria.

Las transformaciones de esa concepción de género que opera en las políticas del Estado está en las acciones de los actores sociales involucrados en la producción y disputa de discursos sobre la normalidad y la anormalidad. El Estado no es un ente personificado, una fuerza abstracta que actúa sobre nuestras mentes y tiene el poder absoluto. La concepción de género que orienta las políticas públicas en general, y las cuestiones referidas a los procesos transexualizador y travestizador no obedecen a una lógica ahistórica.

El Estado adquiere su concreción en las acciones de sujetos históricos. De la misma forma que no existe la Justicia, sino las prácticas jurídicas, el Estado no está encima del mundo de la vida. ¿Por qué refuerzo una concepción de Estado que prioriza las dinámicas, las prácticas, las disputas? Para contraponerme al argumento de derrotismo, que dice que retirar al género del DSM o del CID es retirar la obligatoriedad del Estado de costear los procesos de transformaciones corporales.

Hace un tiempo, una especialista argumentó: “las personas transexuales y travestis tienen que asistir a los servicios de salud para siempre”. Por ejemplo, para hacer el control de los niveles de hormonas. Entonces, si yo comprendí bien el discurso, significa que las personas diabéticas tienen que tener un protocolo en los mismos términos que las personas trans. De la misma forma que aquellos/as que tienen enfermedades congénitas también deberían tener un protocolo rígido, pues caso contrario, el Estado habría desistido de prestarles atención. Hoy, todos/as tendríamos que someternos a un protocolo en los mismos

términos impuestos a las personas transexuales y travestis, pues a la medicalización de la vida a que estamos todos/as sometidos nadie escapa.

No sé de dónde salió esta verdad de que si ocurre el retiro del género como categoría diagnóstica el Estado hará caso omiso a la atención. Ese terrorismo retórico precisa ser radicalmente combatido.

▪ **La autoridad científica**

Finalmente, quienes se basan en el argumento de la autoridad científica para defender el diagnóstico de género, afirman: después de todo, si está en el DSM, en el CID-10 y en el SOC, y está probado científicamente que hay normales y enfermos de género, ¿no será así?

Es innegable que el gran éxito que alcanzó el DSM entre los profesionales de la salud mental, a partir de su tercera versión, se debe al hecho de que el documento reivindica para sí un carácter científico, basado en principios de testabilidad y verificabilidad. Aunque estos principios pueden ser cuestionados en cada una de las clasificaciones allí presentadas, en el caso de la transexualidad o los llamados “trastornos de identidad de género”, la pretensión de científicidad no se sustenta.

En la parte referida a “Hallazgos de laboratorio asociados”, el manual afirma:

No existe ningún test diagnóstico específico para el Trastorno de Identidad de Género. En presencia de un examen físico normal, generalmente no se indica un cariotipo de cromosomas sexuales y evaluaciones de hormonas sexuales. Un testeo psicológico puede revelar identificación de los patrones de comportamiento de género opuesto. (<http://www.psiqweb.med.br/cid/persocid.htm>)

El SOC reconoce “limitaciones de un conocimiento de esta área y tiene la esperanza de que algunas de estas incertezas

clínicas puedan resolverse en el futuro a través de la investigación científica.” (<http://www.psiqweb.med.br/cid/persocid.html>)

Es casi risible. Definen trastornos de género o disforia de género, establecen protocolos universalizantes, se define la normalidad de género pero nos revelan que no hay confiabilidad en sus afirmaciones. Encontramos en el DSM un texto que cristaliza una visión cultural singular de qué es género, pero que consigue su éxito por presentarse como universal porque está basado en el argumento de cientificidad de sus hallazgos. Por lo tanto, la defensa de la diferencia sexual como dato primario para definir el género es una construcción de género, y por ende, ideológica. Es preciso reafirmar que el DSM, el CID y el SOC son falaces, son mentirosos. Quien formula estos códigos es un grupo cerrado de especialistas orientados por la heteronormatividad.

Todo el rigor de los procedimientos no es suficiente para responder con seguridad “¿será él/ella un transexual?” Frente a la transexualidad, la supuesta objetividad de los exámenes clínicos no hace ninguna diferencia. En esa experiencia, el saber médico no puede justificar los “trastornos” por ninguna disfunción biológica, tal como se argumenta en el caso de los intersex que son sometidos a cirugías mutilatorias y considerados por el saber médico como la única solución para producir un cuerpo-sexuado inteligible.

En última instancia, lo que contribuirá en la formación de una opinión médica sobre los niveles de feminidad y masculinidad presente en los demandantes, son las normas de género. Serán ellas las que estarán siendo citadas, en series de efectos discursivos que se vinculan a las normas, cuando deciden poner fin al proceso de un/a “candidato/a”.

Bibliografía

- Austin, John (1990). *Quando Dizer é Fazer: palavras e ação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benjamin, Harry (1953). "Transvestism and transsexualism". *Internacional Journal of Sexology*, 7(1).
- Benjamin, Harry (2001). *El fenómeno transexual*. (Versión española del Dr. J. Fernández de Aguilar Torres). Sevilla: Mimeo.
- Bento, Berenice (2006). *A reinvenção dos corpos: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that matter: on the discursive limits of sex*. New York/London: Routledge.
- Butler, Judith (1997). *Excitable speech*. New York/London: Routledge.
- Butler, Judith (1998a). "Gênero, Trajetórias e perspectivas". *Cadernos Pagu. Trajetórias do gênero, masculinidades*, N°.11, Campinas, Pagu.
- Butler, Judith (1998b). "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista". *Revista Debate Feminista*. México, 18(9).
- Butler, Judith (1999). *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. New York/London: Routledge.
- Butler, Judith (2001a). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Valência: Ediciones Cátedra.
- Butler, Judith (2001b). "La cuestión de la transformación social" en Beck-Gernsheim, Elisabeth; Butler, Judith; Puigvert, Lúcia (orgs.). *Mujeres y transformaciones sociales*. Barcelona: Colección Apertura.
- Butler, Judith (2002). "Críticamente subversiva" en Jiménez, Rafael M. Mérida. (ed.) *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria.
- Castel, Pierre-Henri (2001). "Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995)". *Revista Brasileira de História*. São Paulo, 21(41).
- Chiland, Colette (1999). *Cambio de sexo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chiland, Colette (2001). "Changer de sexe" en *Anais. Seminário Internacional de Identidad sexual y transexualidad*.

- Valência/España. Universidad Internacional Menéndez Pelayo 24 al 28 de septiembre de 2001.
- Chiland, Colette (2001/2002). “Du désir de changer de sexe”. *La recherche. Sexes: Comment on devient homme ou femme*, N° 6.
- Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1482*, de 1997.
- Colapinto, John (2001). *Sexo trocado: a história real do menino criado como menina*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Derrida, Jacques (1991). *Limited Inc*. Campinas: Papirus.
- Derrida, Jacques (1998). *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (1966). *O anti-Édipo*. Lisboa: Assírio&Alvim.
- Foucault, Michel (1984). *Dossier: Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Foucault, Michel (1985). *História da sexualidade*, Vol.12. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1985a) (org. e apresentação). *Herculine Barbin, llamada Alexina B*. Madrid: Editorial Revolución.
- Foucault, Michel (1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1994). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, Michel (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, Michel (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel (2002). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- King, Dave (1998). “Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad” en Nieto, José Antonio. (org.). *Transsexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Millot, Catherine (1992). *Extrasexo*. Sao Paulo: Edições Escuta.
- Money, John y Ehrhardt, Anke (1992). *Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*. Madrid: Morata.
- Money, John, Tucker, Patricia (1975). *Sexual signatures: on being a man or a woman*. Boston: Brown & Co.
- Money, John (1988). *Gay, straight, and in-between*. New York: Oxford University Press.

- Preciado, Beatriz (2002). *Manifiesto contra-sexual: prácticas subversivas de identidad sexual*. Madrid: Pensamiento Opera Prima.
- Preciado, Beatriz (2000). “De la filosofía como modo superior de dar por el culo”. *REVERSO: Revista de Estudios Lesbianos, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgénero*. Madrid. Higuera Arte S.L. N° 3.
- Ramsey, Gerald (1996). *Transexuais: perguntas e respostas*. São Paulo: Edições GLS.

Páginas web

- <http://www.hbigda.org>
<http://www.symposion.com/ijt/benjamin>
<http://www.gendercare.com>
<http://www.psiqweb.med.br/cid/persocid.html>
<http://www.humano.ya.com/transexualia>
<http://www.carlaantonelli.com.es>
<http://www.lambda.com.es>

CAPÍTULO 8

Hacia una historia del parto en la Argentina: saberes, mercado y experiencias femeninas en la segunda mitad del siglo XX

Karina Felitti

En el año 2004 el Congreso Nacional aprobó la Ley N° 25929, de aplicación en todos los servicios públicos y privados de salud del país, que reconoce los derechos de madres, padres e hijos durante el proceso de nacimiento. La normativa establece que toda mujer, durante su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, tiene el derecho: a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar para que pueda optar libremente cuando existieran diferentes alternativas; a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, como una persona sana, garantizando su intimidad, la consideración de sus pautas culturales y facilitando su participación como protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y el suministro de medicación que no esté justificado; a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifiesto; a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario.

Además de esta normativa específica, que también establece los derechos de los recién nacidos, la Ley N° 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en el 2009, en su artículo 6 refiere explícitamente a la “violencia obstétrica”. Esta es definida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de

los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25929”¹. Ambas leyes están en sintonía con las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMG 1985), las Naciones Unidas en sus conferencias y declaraciones sobre los derechos de las mujeres y los derechos reproductivos en particular, y otras organizaciones, redes y movimientos² que promueven la “humanización” del parto.³

A pesar de la vigencia de estas leyes, todavía muchas mujeres se ven obligadas a enfrentar situaciones de violencia. “Calláte mamita y pujá”, y otras frases más groseras, siguen resonando en las instituciones de salud. El rasurado de vello pubiano y los enemas, el monitoreo fetal que limita movimientos, el suministro de oxitocina y la ruptura provocada de la bolsa de líquido amniótico para acelerar el parto (amniotomía), los exámenes innecesarios y sin consentimiento, la episiotomía (corte en el perineo para facilitar la salida del bebé), la posición acostada (litotomía), con las piernas en alto y atadas, las cesáreas no justificadas por un diagnóstico sino por la conveniencia del médico y no de la mujer, el corte inmediato del cordón umbilical y la siguiente separación del bebé y la madre, son situaciones de rutina en muchos hospitales y clínicas (Chiarotti; García Jurado; Aucía y Arminchiardi 2003). Y aunque la edad, la pertenencia étnica, el nivel educativo y económico, la situación de salud en

¹ Esta definición no solo hace referencia a la violencia que se ejerce durante el proceso de nacimiento, también puede aplicarse al tipo de atención que reciben muchas mujeres que ingresan al servicio de salud con complicaciones post aborto o al trato discriminatorio que reciben muchas mujeres, especialmente las pobres, migrantes, indígenas, lesbianas y adolescentes durante las consultas ginecológicas.

² A nivel regional se destaca la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN). En la Argentina existen varias agrupaciones, entre ellas, Dando a Luz (www.dandoaluz.net) y Las Casildas (www.las-casildas.blogspot.com), además de varios centros interdisciplinarios que promueven el parto respetado y ofrecen sus servicios privados.

³ El concepto de parto humanizado se presenta polisémico y se entiende de diferentes formas. La *humanización* responde conceptualmente contra la *tecnificación* o *medicalización* del parto priorizando los vínculos humanos, las decisiones y los afectos. Otra forma de referirse a estos derechos es hablar de *Parto respetado*, que focaliza en el respeto por los tiempos psicológicos y fisiológicos del proceso (Fornes 2011).

general de la mujer, así como la información previa con la que se cuenta y su grado de apropiación, inciden en la atención que se recibe y las posibilidades de realizar reclamos, quien escribe estas páginas pasó por algunas de las situaciones antes enumeradas, en un momento vital en el que no resultaba sencillo ponerse a citar los artículos de la ley y hacer valer sus derechos.

La descripción de este estado general de situación no subestima la existencia de programas en hospitales públicos y en instituciones privadas que promueven el parto humanizado o de acciones integradas en lo que se conoce como el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).⁴ De hecho, muchas propuestas para mejorar la atención del parto y reconocer o, más bien, devolver a las mujeres su protagonismo surgieron del propio campo médico, hace ya más de 50 años. Desde mediados del siglo XX, cuando los desarrollos de la Obstetricia y de la medicina en general fueron salvando los peligros de salud más graves –con el uso de antibióticos para tratar las infecciones, la disponibilidad de bancos de sangre para transfusiones, los diagnósticos prenatales con rayos X, la aplicación de oxitocina, la promoción de los cuidados prenatales y la difusión de la anestesia espinal que calmaba el dolor sin que fuera necesario perder la consciencia– las posibilidades de replantear la atención del parto fueron mayores. En ese contexto fueron surgiendo diferentes propuestas que cuestionaban la idea de que indefectiblemente ese momento debía vivirse con pasividad y sufrimiento. Estas iniciativas, al tiempo que facilitaban la práctica médica, daban respuestas a las nuevas demandas que manifestaban las parejas y en especial las mujeres en relación a sus cuerpos y autonomía, aunque este no haya sido, en la mayoría de los casos, el principal propósito de los y las profesionales que las impulsaron.

⁴ Este modelo tiene una cultura organizacional que: reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud y estimula la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en ello; implementa prácticas seguras y de probada efectividad; y promueve fuertemente la lactancia materna (Larguía et ál. 2011: 10).

Para esta misma época y como sucedía en otros países de Occidente, en la Argentina comenzaron a visibilizarse varios cambios en los roles y relaciones de género. Las mujeres cobraron mayor protagonismo en el espacio público, en el campo de la política, la educación y el trabajo, y cuestionaron que la vida doméstica y la maternidad fueran su único destino (Feijoo y Nari 1996). Mientras, en las consignas del movimiento feminista de la segunda ola, lo personal se volvía político y la autodeterminación corporal –nuestros cuerpos, nuestras vidas– se transformaba en un derecho de primer orden (Felitti 2010). La difusión de la anticoncepción y la renovación que introdujo la píldora, junto a las primeras iniciativas médicas de planificación familiar, hicieron que el embarazo y el parto fueran cada vez más programados y elegidos. En la ideología del movimiento de planificación familiar, el hijo planificado era siempre un hijo deseado que merecía toda la atención y cuidados posibles (Felitti 2012). El psicoanálisis, como práctica de atención de la salud y como clave de interpretación de la sociedad, presente en diversos medios de comunicación, ayudó a consolidar la idea de que los primeros años de vida eran fundamentales para el desarrollo del sujeto (Plotkin 2003), al mismo tiempo que el mercado ofrecía cada vez más bienes y servicios para la infancia, el hogar y la familia, incluyendo el mundo pre-natal, natal y post natal. Las “madres modernas” combinaban viejos y nuevos mandatos mientras los padres iban entrando a escena (Cosse 2010)

En este capítulo propongo analizar la recepción que tuvieron en la Argentina de los años sesenta y setenta las nuevas formas de atención del parto impulsadas en los Estados Unidos y en Francia, los métodos conocidos como parto sin dolor, parto sin temor, parto sin violencia o parto psicoprofiláctico. A partir del relevamiento de publicaciones del campo médico presento una breve descripción de sus postulados, mientras que las entrevistas realizadas a obstetras, parteras, psicólogas y mujeres que parieron a sus hijos en esta época, me permiten reconstruir las modalidades de su implementación en la ciudad de Buenos Aires. A su vez, indago en los canales de difusión de estas nuevas ideas, analizando notas, informes y publicidades en revistas de actualidad y política, femeninas y de crianza.

El embarazo y el parto son pensados aquí como momentos de la vida sexual y reproductiva de muchas mujeres, sobre los que hay que generar mayor conocimiento y apuntalar así la difusión, apropiación y ejercicio de los derechos ya existentes y la generación (o recuperación) de saberes que posibiliten vivencias corporales que superen los mandatos heredados. Como explica Casilda Rodrigáñez Bustos (2010), entender el parto como un acto sexual implica una aproximación a la sexualidad femenina diferente de la establecida en la dominación patriarcal, que se expresa en una cultura falocéntrica que inhibe la capacidad orgásmica de las mujeres y reniega del útero como fuente de placer. Más allá de las discusiones que puede generar el “parto orgásmico”, resulta ya evidente que la sexualidad no queda en suspenso durante el embarazo y el parto. Si hace tan solo unas décadas atrás el cuerpo de la embarazada se cubría con ropa holgada y el sexo quedaba en un lugar entre el peligro y la aberración, hoy la mujer gestante luce su panza con soltura y encuentra en el mercado ropa sexy, al tiempo que recibe de los expertos variados consejos para tener relaciones sexuales placenteras durante esta etapa. Parir desnuda y acompañada de la pareja, que también puede estar con poca ropa, privilegia el contacto epidérmico y sus potencialidades, partiendo de entender que fue el propio acto sexual el que inició este proceso que culminará en el nacimiento.

En este escenario de nuevas demandas y ofertas, el parto humanizado, que puede comprenderse y vivirse de diferentes maneras –en casa, en una clínica, en un hospital, con parteras, con médicos/as, con música, en silencio, en cuclillas o de pie– está incluido en el menú de opciones que ofrece el mercado aunque, generalmente, estas formas “respetadas” se encuentran en los servicios privados y tienen precios altos. Pero no es solamente eso lo costoso. Una abundante literatura señala la importancia del parto y del vínculo que pueden establecer la madre y su bebé en esos primeros instantes de vida, algo casi imposible de realizar en la mayoría de los centros de salud que toman al bebé ni bien nace para realizarle pruebas que pueden postergarse, y devolverlo bañado y vestido. Advertidas de esto, algunas mujeres han comenzado a sentir la presión que un nuevo modelo de

maternidad carga sobre ellas. Como plantea Elizabeth Badinter (2010), la “madre ecológica”, que tiene a sus hijos en casa con partera, que da de amamantar a libre demanda y lava los pañales a mano para salvar al planeta, se ve sometida a los dictados de la ecología que pone en sus manos la salvación del planeta, las ciencias (antropológicas, médicas, sociales) que recolocaron el instinto maternal en primer plano y los nuevos dictados de algunos feminismos que reivindican fuertemente el valor de la naturaleza y regresan al esencialismo de lo femenino.⁵ Algo similar ocurre cuando se exagera la capacidad de las mujeres para controlar su cuerpo y va construyéndose una “cultura de la meritocracia” que contribuye a crear culpas si los embarazos no resultan “perfectos” (Layne 2003).

En la Argentina, las organizaciones feministas han colocado a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en un lugar destacado de su agenda pero el embarazo y el parto no suelen ser considerados dentro de este conjunto de reivindicaciones. Dado que el principal objetivo en la actualidad es lograr la despenalización y legalización del aborto y fortalecer los programas de anticoncepción y educación sexual ya vigentes, los derechos de la maternidad generan ambivalencias.⁶ Esto sin dudas ha colaborado con la poca difusión que tienen las leyes antes mencionadas y la falta de repercusiones de su incumplimiento, salvo algunos pocos estudios, notas periodísticas y reclamos de personas vinculadas al movimiento del parto humanizado/respetado, quienes activan a partir de diferentes estrategias comunicacionales, mayoritariamente en la web, estos principios (Fornes 2011). De ahí que este trabajo, inscripto en un proyecto mayor de estudio sobre las maternidades en la segunda

⁵ Estas tensiones pueden también verse en relación a la menstruación. Para algunas feministas jóvenes, que podrían ser parte de la tercera ola –si es que ésta en realidad existe y no es solo una necesaria distinción generacional– los productos de higiene femenina afectan a la salud de las mujeres y al ecosistema, y por eso en su reemplazo, proponen el uso de copas, esponjas y paños lavables. Las feministas mayores, en cambio, recuerdan con alegría la llegada del tampax. Sobre este tema, véase Bobel (2010).

⁶ Sobre los derechos de la maternidad, véanse los trabajos reunidos en Felitti (2011a).

mitad del siglo XX, tenga el doble propósito de aportar al campo historiográfico y al debate político actual, iluminando estos momentos de la vida sexual y reproductiva de muchas mujeres.

De la medicalización hacia un mayor protagonismo femenino

La medicalización del parto fue un proceso que comenzó a mediados del siglo XIX con diferentes motivaciones y objetivos, entre ellos, el más inobjetable: disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto fue produciendo el ingreso de una mayoría de mujeres y recién nacidos sanos en Hospitales, instituciones regidas por conceptos y reglas para la atención de personas enfermas. Cabe destacar que en esta transición del parto como un evento femenino que se vivía en el hogar, a un hecho médico que tenía lugar en una institución, las mujeres tuvieron un rol activo. Como han demostrado algunos estudios sobre los Estados Unidos, al promediar el siglo XIX muchas mujeres de sectores altos y medios fueron dejando de lado el pudor y comenzaron a requerir ellas mismas la presencia de un médico. No obstante, mientras el médico ingresara a la casa de la parturienta y siguiera rodeado de otras mujeres, el peso de la red femenina continuó siendo fuerte. Ambos tenían saberes que podían aún conciliarse; unos los habían aprendido en los textos, ellas en la práctica (Walzer Leavitt 1986).

Lo que cambió las reglas del juego no fue la presencia del médico en los hogares sino la hospitalización.⁷ El que las mujeres dejaran la cama propia para ir a parir a la de un hospital encontró varias razones. La primera tenía que ver con el miedo que generaba la maternidad. Durante siglos, los embarazos y los partos se vivieron con gran ansiedad y temor ya que era frecuente encontrar la muerte al parir y que los bebés tampoco sobrevivieran. Los niños huérfanos y las madrastras que habitaban los cuentos campesinos y cortesanos medievales eran personajes surgidos de una dura realidad (Darnton 1994). De ahí que las

⁷ Sobre este proceso en la Argentina, véase Correa 2000.

promesas de la medicina de preservarles la vida y disminuirles el dolor, impulsara a las propias mujeres a moverse a los hospitales.⁸

Otra razón fue la dificultad de mantener la red femenina. Por mucho tiempo, familiares, amigas y parteras fueron las encargadas de acompañar y responder a las necesidades de la embarazada en su propia casa, realizar las tareas domésticas, cuidar de sus esposos, de sus otros hijos y atender el parto. Para las primeras décadas del siglo XX, esta disponibilidad de recursos era casi imposible ante el crecimiento de las migraciones y el avance de la industrialización. A esto se sumaba el avance tecnológico y la especialización que detentaban los médicos en el uso de los fórceps y la anestesia, y en las técnicas de las cesáreas y de otras intervenciones que podían servir para salvar la vida de la madre y, a veces, la del niño, saberes que monopolizaban gracias a la exclusión de las mujeres de los ámbitos de estudio académicos y de los estudios de Medicina en particular. Por otra parte, el hospital fue ganando prestigio y con ello recursos económicos, construyéndose una imagen de lugar seguro e higiénico, especialmente luego de los descubrimientos de la Bacteriología y las dificultades de mantener los cuidados necesarios para evitar infecciones en muchos hogares.

Sabemos que todas estas promesas de bienestar no siempre fueron cumplidas: las infecciones prosiguieron y las mujeres quedaron en una posición de mayor aislamiento, perdieron poder y comenzaron a ser tratadas de manera despersonalizada y estandarizada. Lo importante es tener en cuenta que ellas tuvieron una participación activa en este cambio, aunque su desenlace no haya sido el que estaban buscando. No se trató de una simple intervención violenta del mundo médico, masculino y científico, sino de sutiles y combinadas formas de

⁸ Para eludir el dolor del parto muchas mujeres se entregaron a prácticas que los propios médicos miraban con recelo, como el método conocido como *Twilight Sleep*, que se difundió en los Estados Unidos entre 1920 y 1950. De origen alemán, este método se basaba en la combinación de morfina y escopolamina, mezcla que liberaba a la parturienta del dolor hasta llegar a provocarle amnesia, al punto de despertarse ya con su bebé al lado sin recordar nada (Wertz y Wertz 1989; Walzer Leavitt 1986).

hacer del saber y las prácticas femeninas algo peligroso y fácilmente desechables, aun por las propias mujeres.

“Multiplicaré los sufrimientos de tus embarazos; darás a luz a tus hijos con dolor. Sentirás atracción por tu marido y él te dominará” es una frase del Génesis (3,16) que condesó muchos de los sentidos atribuidos al parto en el pasado. El castigo a la desobediencia de Eva se plasmó en esa sentencia que marcaba con sufrimiento la sexualidad reproductiva femenina y sometía a las mujeres al poder masculino. Esto sin dudas resultó una excelente estrategia de control que solo pudo comenzar a ser desmontada muchos siglos más tarde.

En el nuevo contexto que ofrecía la segunda mitad del siglo XX, con los cambios en los conocimientos y prácticas médicas, los avances tecnológicos y las transformaciones socio culturales que redefinían los roles y relaciones de género y que afectaban de manera especial a las mujeres, algunos médicos plantearon alternativas para disminuir el “dolor de parto” que fueran más allá de la anestesia.⁹ El obstetra inglés Grantley Dick Read fue uno de los primeros en sostener que el brindar una preparación adecuada a las mujeres embarazadas podía ayudar a disminuir el temor y con eso el dolor. Su método consistía en dar a las embarazadas instrucciones sobre técnicas de respiración, dietas, posturas, gimnasia y algunas nociones de crianza. Si bien podía parecer paradójico tener que ‘aprender’ sobre algo que era ‘natural’, Read aclaraba que había sido la cultura la que le había quitado naturalidad al parto, dotándolo de sentidos negativos y sufrientes. Para eso era la instrucción, para desaprender las falsas creencias y proyectar una imagen feliz del acontecimiento. En ese sentido consideraba al parto como un hecho normal y no como una enfermedad, un acto que producía bienestar y felicidad, una experiencia ‘religiosa’ que representaba el triunfo supremo de la

⁹ Para esta época también la puericultura estaba registrando un importante cambio. La pasteuriana suponía que el bebé debía permanecer en la cuna y solo había que levantarlo para cambiarlo y alimentarlo, pero no alterarlo con juguetes ni mimos. La “nueva puericultura” fue contemporánea a la Teoría del Apego y entendían que el afecto de la madre era esencial para el desarrollo psíquico. Agradezco a Cecilia Rustoyburu este comentario.

mujer en la que el médico desempeñaba un rol secundario (Read 1959). La presencia del padre en el momento del nacimiento era recomendada, siempre que tuviera una preparación previa y la mujer lo deseara. Ese deseo sin dudas tenía que ver con las relaciones más cercanas que estaban dándose en las parejas y el interés de los varones en la vida familiar, a muchos el estar esperando en una sala aislada comenzaba a generarles incomodidad e insatisfacción (Walzer Leavitt 2009).

Basándose en la teoría de los reflejos condicionados del fisiólogo ruso Ivan Pavlov y del método de atención del parto que se aplicaba en toda la Unión Soviética desde fines de la década de 1940, Fernand Lamaze difundió las ideas del ‘parto sin dolor’ en Francia y desde allí, se diseminaron hacia otros países. Siguiendo la escuela rusa, Lamaze explicaba que, desde pequeñas, las mujeres recibían mensajes que aseguraban que el parto era doloroso. Estas advertencias creaban una disposición mental que, una vez que éste se desencadenaba, se ponía en acción y hacía que todas las sensaciones se asimilaran con el dolor. Por eso era importante crear una idea positiva sobre el parto y proporcionar a las mujeres un entrenamiento que les permitiera una participación activa, recurriendo a técnicas de relajación, respiración y pujo.

Lamaze había contado en Francia con el apoyo del Frente Popular y había aplicado por primera vez su método en la maternidad de los metalúrgicos, reforzando así las resistencias entre los más aguerridos opositores a la experiencia comunista. Esto hizo que el método fuera interpretado como un elemento más de disputa durante la Guerra Fría. En 1956, Anatolio Nikolaiev, uno de los impulsores del parto sin dolor en la URSS, fue invitado a participar de un congreso de ginecología y obstetricia en Buenos Aires que abordaría el tema de la psicoprofilaxis. Según recuerda la psicóloga Mirta Varela, en el aeropuerto internacional de Ezeiza no lo dejaron entrar al país porque el gobierno militar consideró peligrosa esta presencia ‘comunista’ (Videla 2011). Como asegura Carmen Tornquist (2006), las lecturas políticas sobre este ‘modo soviético de parir’ fueron también bastante frecuentes en Brasil aunque eso tampoco limitó su difusión.

También había interpretaciones religiosas sobre la cuestión y fue el mismo pontífice Pío XII quien en 1956 aclaró que no existía un problema moral ni teológico en relación al parto sin dolor, contextualizando la famosa cita bíblica. “Del mismo modo, castigando a Eva, Dios no quiso impedirle, y no ha impedido a las madres, el utilizar los medios apropiados para hacer el parto más fácil y menos doloroso”. No obstante, continuaba “A las palabras de la Escritura no es necesario buscar una escapatoria; permanecen verdaderas en el sentido entendido y expresado por el Creador: la maternidad dará mucho que sufrir a la madre. ¿De qué manera precisa ha concebido Dios este castigo y cómo lo ejecutará? La Escritura no lo dice” (Pío XII, 1956, punto 4). En la Argentina para esta época, la revista *Iatria* del Consorcio de Médicos Católicos discutía también sobre la moralidad del “parto sin dolor” y también lo aceptaban (Cepeda 2012).

En 1955, Ricardo Gavensky, un médico que se había formado con Read en los Estados Unidos y que trabajaba la psicoprofilaxis obstétrica en la Maternidad del Instituto Samuel Gache del policlínico de Rawson en Buenos Aires, publicó el libro *Parto sin temor y parto sin dolor*. Allí detallaba el método de Read y las bases de la escuela soviética –combinación que expresaba su obra desde el título– en un lenguaje que lo hacía accesible para los médicos, parteras y también para las mujeres embarazadas (Gavensky 1961).¹⁰

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) se hizo eco de estas propuestas y las discutió en varias de sus reuniones (Felitti 2011b). En el campo médico local tuvieron gran repercusión los trabajos del médico uruguayo Roberto Caldeyro Barcia, director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de Montevideo, y presidente de la Federación Internacional de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. El principal aporte a este tema fue su estudio

¹⁰ De hecho, el ejemplar del libro que analizo fue comprado en 1965 por una embarazada.

fisiológico que demostraba las ventajas del parto en posición vertical. La Historia y la Antropología también eran llamadas a participar de los debates, con sus hallazgos sobre los modos de parir en otras épocas y en diferentes culturas. En la Argentina, fue Tucho Perrusi, médico clínico y biólogo, quien introdujo el primer sillón de parto vertical a principios de los sesenta (Perrusi 1967) y Eliseo Rosenvasser, en ese entonces jefe de servicio del Hospital Israelita y miembro fundador de la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF), quien más lo promovió, al llevarlo al hospital y utilizarlo en su clínica desde 1965 hasta 1974. Para Rosenvasser, al igual que para Caldeyro Barcia, las ventajas desde el punto de vista médico eran varias: al sentirse “como en su casa” y estar más cómodas y tranquilas, la dilatación se aceleraba, tenían más fuerza para pujar; el período expulsivo se acortaba; disminuía la necesidad de fórceps o cesáreas; los desgarros eran menos frecuentes; la placenta salía con mayor facilidad y el esfuerzo fetal era menor (Capsiski 1976).

No obstante, la difusión del sillón fue muy limitada. Para algunos de sus detractores, que esta fuera la forma de parir de las mujeres indígenas confirmaba que se trataba de una opción ‘primitiva’ contrapuesta a los ideales de modernización y progreso que debía impulsar la ciencia. Otros argumentaban que el sillón ocupaba mucho lugar, restringía la movilidad en la sala y la posición vertical podía generar graves problemas si era necesario, por ejemplo, realizar una intervención quirúrgica de urgencia. Aunque estos argumentos podían rebatirse fácilmente lo que estaba en juego era algo más profundo. El hecho de que las mujeres recuperaran la movilidad y que dejaran de estar pasivas y acostadas, resultaba novedoso y para algunos, perturbador.

En 1974 un informe presentó las opiniones de varios médicos sobre el parto vertical. Bruno Elías Famá, quien trabajaba en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Maternidad Italiana, se declaraba partidario de esta forma y comentaba que él incentivaba que las mujeres entraban caminando a la sala de partos y salieran del mismo modo, cargando ellas mismas a sus recién nacidos. De manera contraria, otro médico, Carlos Pericás, recomendaba un reposo de al menos diez horas y criticaba el parto vertical por falta de espacio. Por su parte, Juan León, ex jefe de las

maternidades del Hospital Cosme Argerich y Bartolomé Churrucá, relataba que en la Maternidad del Hospital Argerich habían propuesto a las parturientas colocarse en “cuatro patas” y no pudieron proseguir “porque las madres se resisten a adoptar una postura que les parece poco elegante”. En su experiencia era la posición semi sentada y con movilidad previa de la parturienta la que daba mejores resultados (Tonus 1974).

En 1984, en una nota publicada en la revista femenina *Claudia*, en la que ya se hablaba sobre la violencia obstétrica, una mujer relataba la conversación que había mantenido con el médico que atendió su parto en 1964:

Cuando planteo hacer el parto sin dolor (como se decía antes, faltando a la verdad) este buen señor se pone hecho una fiera. Me espeta que duele igual, que no hay más remedio que sufrir y concluye su filípica con esta frase: “Sí, algunas se irán caminando a su cuarto después del parto, pero chorreando baldes de sangre” (Soto 1984: 100).

Ante esa advertencia, la mujer optó por seguir sus indicaciones, que eran evidentemente las contrarias.

Lecturas psicoanalíticas

En la renovación que alcanzó a la medicina en esta época, la Psicología, en especial el psicoanálisis, ocupó un papel muy destacado. Desde algunos de sus postulados, las críticas a la deshumanización de la atención médica fueron generando algunas respuestas. Por ejemplo, el empuje de Florencio Escardó hizo posible que en el Hospital de Niños se inaugurara una sala que permitía la internación de la madre y el niño enfermo, reivindicando el derecho que tenían ambos de permanecer

juntos.¹¹ Como sucedía con las nuevas propuestas para la atención del parto, su propuesta generó resistencias: para algunos de sus colegas se trataba de una medida innecesaria. En estos cambios fue muy importante el rol que desempeñaron las psicólogas (Diamant 2007). Entre estas profesionales que comenzaron a trabajar en la sala se encontraba Eva Giberti, quien fundó en la Argentina la Escuela para Padres y la popularizó en distintos medios de comunicación. Ella recuerda las tensiones que su presencia y la de sus colegas generaban en el hospital. Aunque formalmente estaban incluidas, al comienzo no tenían un lugar físico claramente asignado:

con los padres caminábamos por los jardines del hospital y durante el invierno, nos refugiábamos en las escaleras que unían la planta baja con el primer piso (...) Más tarde conseguimos que nos facilitaran los sótanos que estaban situados debajo de la sala y allí tramitábamos nuestras entrevistas, acompañadas por la multitud de gatos que, igual que nosotras, encontraban cobijo junto a las calderas encendidas. Por fin logramos ascender, cuando en el primer piso nos concedieron unos cuchitriles a los que denominaban consultorios. Estaban separados de los consultorios que utilizaban los pediatras, por frágiles tabiques de algo semejante a la madera terciada; de modo que tanto el llanto de bebés cuanto las conversaciones con las madres (...) ingresaban en nuestros minúsculos territorios (Giberti 1987).

¹¹ Escardó se desempeñó como Jefe de Sala del Hospital de Niños, Profesor de la Cátedra de Pediatría, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y fue un prolífico escritor de obras de diversos géneros y muchísimos artículos periodísticos. Sobre él y los nuevos desarrollos de la pediatría, véase Rustoyburu 2012.

Algo parecido le sucedió a Mirta Videla, quien había comenzado a trabajar en la atención de embarazadas muy joven, cuando Mauricio Knobel, uno de los iniciadores de la aplicación del enfoque psicoanalítico al tratamiento de niños y adolescentes, la invitó a dar una clase en el curso que él dictaba en el Hospital Alvear. Al ver la necesidad de escucha que tenían las mujeres y el maltrato que diferentes personas del hospital les prodigaban, sin tener un nombramiento ni un espacio de trabajo propio, Videla se quedó allí. Según relata, al principio conversaba con las embarazadas en el baño porque no tenía un lugar asignado aunque esto también le servía para ganar intimidad y evitar las indiscreciones de los médicos, quienes se preguntaban qué tenía que hacer una psicóloga en un Servicio de Obstetricia (Videla 2011).

En 1960 se creó la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica con el impulso de Gavensky y de otros médicos comprometidos con las nuevas ideas para la atención de las embarazadas y sus partos. Para esa misma época se fundaron servicios de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Penna, en la Maternidad Sardá y en el Hospital Alvear, este último a cargo del obstetra Ricardo Gadea. En el Hospital Metropolitano, trabajaba el equipo de Gavensky y allí se incorporó, en 1968, Hilda Schupack como psicóloga. Ella era la encargada de realizar con cada embarazada una entrevista que ella misma había diseñado, ante la falta de experiencias previas en este tipo de atención, con el propósito de detectar alguna patología para el parto, la lactancia o el tipo de vínculo con el bebé y, si correspondía, realizar una derivación a terapia individual o a los grupos de psicoterapia que coordinaba una psiquiatra. Además, dentro del curso, dictaba una clase de psicología del embarazo, parto y puerperio (Schupack 2010).

Volviendo al parto vertical, más allá de las ventajas estrictamente fisiológicas que algunos médicos podían encontrarle, la psicología encontraban las propias. Eva Giberti experimentó el parto vertical en la clínica de Rosenvasser y se hizo una de sus más entusiastas promotoras. En diferentes trabajos celebró ir dejando atrás “viejas escenas de sumisión”, como parir acostada, con las piernas en alto, atadas a las perneras, sin nada para tomarse y

hacer fuerza con los glúteos expuestos y desnudos, con la sensación de estar entregada pasivamente a la actuación de médicos y parteras (Giberti 1973). La posición sentada, en cambio, permitía estar en un lugar de mayor igualdad respecto al médico y por ese efecto, interpretaba las objeciones al parto vertical como una cuestión ideológica y como excusas, la falta de espacio o de tiempo ante posibles emergencias (Giberti 1983).

En este mismo sentido, en 1965, una mujer comentaba al diario *La Razón* su experiencia con el sillón de Rosenvasser:

Comprobé que todos me trataron con más respeto... con más gentileza. Recuerdo que durante mis dos partos anteriores las enfermeras me impartían órdenes, me gritaban, asustaban e inhibían. Yo no podía defenderme, estaba en inferioridad de condiciones. Pero esta vez, levantaron el sillón y yo me encontraba arriba, más alta que ellos. Creo que una mujer sentada (y elevada...) inspira más respeto que una mujer acostada (*La Razón* 1965).

Lo mismo opinaban otras mujeres también entrevistadas en el Hospital Israelita por el mismo medio de prensa (*La Razón* 1965: 15).

María del Carmen Brion, una feminista que en la década de 1980 protagonizó una batalla judicial contra la práctica indiscriminada de cesáreas y el empleo de oxitocina (*Crónica* 1990), recuerda el nacimiento de su segunda hija en el sillón vertical de este modo: “Las mujeres que parimos en lo de Rosenvasser no decíamos, como hoy suele escucharse, ‘lo voy a tener con Rosenvasser’. Teníamos bien claro que éramos nosotras las que lo íbamos a tener ‘en lo de Rosenvasser’”. En la clínica no había neonatólogo sino un pediatra porque se creía que si un bebé nacía respetado, nacía sano. El curso era diferente al que se implementaba usualmente: se daban ocho clases que consistían en las preguntas de las mujeres y las respuestas del médico; no se enseñaba gimnasia ni técnicas de respiración. Como señala Brion: “Nos habíamos preparado todas para ser maratonistas o bailarinas

y terminamos –todas, sin excepción– pariendo colgadas como vacas listas para el sacrificio” (Brion 1995: 39).

Haydee Barilari, partera de esta clínica y además esposa de Rosenvasser, recuerda la gratitud de los matrimonios que habían tenido a sus hijos en la clínica y conserva una emotiva carta. Allí, una mujer afirmaba: “a pesar de haber sido madre de una niña hace cuatro años en un parto normal puedo asegurar que recién ahora puedo decir que hice nacer a mi hijo”. Sin embargo, esa frase que revelaba un nuevo protagonismo femenino no renegaba del poder médico. Según esta misiva, la presencia de Rosenvasser fue clave “porque el médico es la imagen de la seguridad, a él confié mi vida y la de mi hijo” (Carta 1971).

Este testimonio invita a seguir reflexionando sobre el poder que las mujeres fueron depositando en los médicos, en función de miedos y creencias pero también, debe decirse, de peligrosas realidades. La excesiva confianza colocada en la ciencia y en la técnica, junto al descrédito de otras prácticas consideradas primitivas, fueron conformando un escenario de efectos perdurables.

Parto sin violencia en una época violenta

Para la década de 1970 cobraron importancia las ideas de Frederick Leboyer sobre el ‘parto sin violencia’ (Leboyer 2008). En su propuesta era importante generar un espacio de intimidad, un entorno de relajación, sin ruidos y con luz tenue. Él había observado a las mujeres indígenas pariendo en un río y, viendo sus beneficios, también valoraba el parto en el agua. Los masajes al recién nacido eran otro elemento clave y la posición vertical era recomendada. Para Leboyer este tipo de nacimientos ayudarían a acabar con la violencia en el mundo puesto que se trataba de un momento clave en el desarrollo del individuo y el bebé era el protagonista. En relación al dolor, a partir de sus observaciones, llegó a distinguir dos tipos de contracciones: las normales, generadoras de placer, y las patológicas, que en realidad eran calambres y por eso causaban terribles dolores (Leboyer, 2004).

También en Francia, Michel Odent pregonaba las ventajas de la no intervención en el momento del parto y fue el impulsor de estimular la lactancia durante la primera hora de nacimiento. Él sostenía la necesidad de enfrentarse con el propio cuerpo y no escapar al dolor, rechazando el suministro de drogas por sus efectos negativos sobre la madre y el bebé. En una clínica en las afueras de París había montado un cuarto de alumbramiento con poca luz, pintado con colores claros, piscinas de agua tibia para relajamiento y eventualmente un parto bajo el agua. La mujer elegía libremente la posición en la que iba a parir, con libertad de movimiento y expresión, y no había *nursery* ya que el bebé estaba siempre con su madre. La idea era mantener la atmósfera hogareña, la privacidad, aunque se estuviera en un hospital. Odent rechazaba armar un curso de preparación para el parto ya que consideraba que el entrenamiento terminaba por constreñir la libertad femenina (Odent, 1984). En su visión, el parto podía ser vivido con placer y si eso no sucedía era porque la intervención externa había impedido el desencadenamiento natural del mismo. Los niveles de oxitocina que se inyectaban también influían en el estado de la madre y éste en el del niño, llegando incluso a explicar la delincuencia, el autismo, las adicciones y el suicidio juvenil como producto de esta intervención. La humanización de la propuesta de Odent era más bien la recuperación del “instinto mamífero”, el librarse de las restricciones impuestas por la cultura.

Tanto Leboyeur como Odent reivindicaban lo instintivo de la mujer para desarrollar su parto y el carácter prescriptivo de los entrenamientos previos, argumentando que cada embarazada debía bucear en sus propios saberes. Como advirtieron algunas feministas, si bien esta postura tenía la ventaja de sacar al médico del lugar protagónico, esto podía reeditar en una lectura esencialista de lo femenino, en la reivindicación del instinto maternal y en la invisibilización de la construcción social de ese “instinto”. A su vez, a pesar de los enunciados que iban en sentido contrario, los médicos seguían ocupando un papel clave. En palabras de Emily Martin (2006), eran los capataces o, en el mejor de los casos, los supervisores del ‘trabajo de parto’.

Mientras estas nuevas ideas se diseminaban en la Argentina, el país atravesaba uno de los momentos más trágicos

de su historia. Desde 1955, la inestabilidad del sistema político acuciado por una serie de golpes militares sumergió a la Argentina en una espiral de violencia que tendría su punto máximo durante el autodenominado Proceso de Reorganización Nacional (1976-1983). Los crímenes del estado terrorista, los secuestros, tortura, desaparición y asesinatos de miles de personas, incluyeron también a mujeres embarazadas. Sus partos en cautiverio, en condiciones extremas, y la posterior apropiación de sus hijos son parte del horror que dejó la dictadura. Por eso resulta contrastante el reflexionar sobre las posibilidades de un “parto sin violencia” en este contexto.

Mirta Videla ha reflexionado sobre esta cuestión y hasta llegó a dedicarles la reedición de 1997 de su libro *Maternidad: mito y realidad*, a estas mujeres que parieron estando desaparecidas. En esta obra, fechada originalmente en 1974, Videla denunciaba el tecnicismo médico, la exaltación de la maternidad como mito y la falta de políticas de protección y promoción en el plano material. A tono con la alta politización de la época y el impacto del feminismo –aunque ella en ese momento no tuviera lecturas de este campo–, resaltaba la opresión del hombre hacia la mujer y confiaba en los cambios que podría traer una revolución social; describía los métodos anticonceptivos, considerando que esta información estaba ausente en los espacios públicos y criticaba las presiones natalistas del gobierno peronista, que no iban acompañadas de otras que protegieran la salud de la madre y el niño, ni consideraban efectivamente la creación de guarderías y jardines de infantes como sostén fundamental de las mujeres trabajadoras. *Maternidad: mito y realidad* no solo denunciaba los maltratos hospitalarios que padecían las mujeres, sino el sistema social y de género que los avalaba (Videla 1974).

Desde 1973, durante el brevísimo gobierno de Héctor Cámpora que precedió al regreso de Perón al país y a la presidencia, Mirta Videla se desempeñó como Jefa del Servicio de Psicología de la Maternidad Municipal Eva Perón. Allí, a instancias del médico pediatra Alberto Grieco, quien había asumido como secretario de Bienestar Social de la Municipalidad de San Isidro, se creó el servicio de Psicología del embarazo, parto y puerperio. Junto con sus colegas, Videla combinó las nuevas

ideas en boga sobre la atención de las embarazadas con una visión comprometida con el contexto social del lugar. Ella recuerda el impacto del trabajo social que realizaban:

Estábamos en las villas, en las unidades básicas, íbamos a buscar a menores que no venían porque tenían miedo que la policía los denunciara, hicimos una modificación de toda la asistencia, pusimos sanciones a quienes maltrataban a las mujeres, introdujimos anestésicos porque no había, compramos una ambulancia, no estaban los recursos mínimos. (Videla 2011).

En 1974, Leboyer fue invitado a Buenos Aires para promocionar su método de ‘parto sin violencia’, en un momento político y social en el que la violencia era cotidiana y estaba institucionalizada. En una reunión entre colegas, Videla tuvo la oportunidad de cuestionar la viabilidad de estas ideas en los hospitales de la Argentina, que estaban “muy lejos de su clínica parisina con alfombra blanca y flautista hindú en la sala de partos” (Videla 2003). En un programa televisivo, al que Leboyer había sido invitado, Videla volvió a insistir en la situación hospitalaria argentina, en donde “los gatos se comen la placenta porque no hay un balde para tirarla”. A tono con el clima de época del momento y una misoginia mucho más antigua, Leboyer le respondió: “típica mujer sudamericana, muy hermosa y politizada” (Videla 2011). La reacción de Videla ante este intento de cosificación fue dura y, como puede suponerse, censurada.

Con el golpe militar de 1976 la situación se modificó y el servicio de la maternidad de San Isidro fue cerrado por “Decreto de seguridad nacional”. El coronel médico que intervino la institución explicó la medida aduciendo: “no vale la pena darles margaritas a los chanchos”, refiriéndose justamente a ese trabajo con las mujeres embarazadas de sectores populares que procuraba mejorar sus condiciones de bienestar y respetar sus derechos. Para esta misma época, la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica fue también disuelta. Alberto Hakin, quien era presidente de la entidad, convocó a sus integrantes a una reunión

en su casa y allí les comunicó su inminente nombramiento como funcionario del gobierno de facto y les dijo, según recuerda Mirta Videla:

Dado lo que venimos trabajando, y nuestra manera de pensar, algunas cosas yo comparto, menos con Mirta que es la guerrillera de la Obstetricia. Quedan dos opciones: o desaparecemos la sociedad y quemamos las actas, y hacen de cuenta que no me han conocido, o todos ustedes van a investigación al SIDE [Secretaría de Inteligencia de Estado] (Videla 2011).

Ante esta amenaza la decisión fue ‘desaparecer’ la Sociedad y continuar trabajando de forma individual o grupal pero sin tanta visibilidad y con mucho miedo.

Carlos Burgo, un médico que actualmente es un referente del movimiento del parto humanizado, recuerda también haber sufrido presiones que lo llevaron a renunciar en 1977. En su lugar de trabajo, la Maternidad Santa Rosa del Municipio de Vicente López, Burgo fue catalogado por las autoridades de la institución como “subversivo” por no querer hacer la denuncia policial ante los casos de aborto. Era común que si una mujer entraba con un aborto, se tuviera que registrar la causa de ingreso, hacer la denuncia y que la mujer terminara internada con un policía al lado de la cama (Burgo 2011). La vinculación que existía entre la psicoprofilaxis obstétrica y el desarrollo de todo un movimiento desde la psiquiatría que bregaba por la externación de los pacientes, los hospitales de día, la desmanicomialización, eran ideas consideradas “muy subversivas”. Como explica Burgo:

La gente de la Junta (militar) tenía muchos asesores del mismo campo de la salud. No hay mucha distancia entre cierta cosa estructural, cierto ordenamiento, ciertas cosas con la jerarquía, entre el campo medico y el militar. La dictadura militar tuvo la base en la sociedad civil y este fue uno de los sectores. (Burgo, 2011).

Burgo había egresado de la carrera de medicina en 1966 y antes de obtener su título tuvo la oportunidad de participar de una experiencia piloto que se desarrolló en el Hospital Rivadavia, que planteaba un abordaje de la medicina de manera integral, una mirada clínica que tomaba al sujeto en su totalidad. Esta experiencia marcó su vida profesional. Según recuerda: “me generaba mucho rechazo y malestar la violencia que había en el ejercicio de la medicina, percibir la cualidad de objeto que tenía la persona enferma”. Por eso, en parte, decidió dedicarse a la Ginecología, le parecía que así podía estar mucho más en contacto con personas sanas y trabajar desde la salud.

Su paso previo por la Maternidad Peralta Ramos del Hospital Rivadavia también lo había hecho ver el maltrato que se daba entre colegas. Recuerda que a un brillante cirujano que era jefe del servicio, durante las intervenciones quirúrgicas, “le movías la pinza o no le sostenías como él consideraba y te daba con la pinza que tenía en la mano. Las mujeres que ayudaban salían llorando en la mitad de la operación” (Burgo, 2011). Esto hizo que las ideas de Leboyer sobre el parto sin violencia le dieran sentido a muchas de sus experiencias previas. Incluso llegó a tener el sillón de parto que utilizaba Rosenvasser pero pronto lo abandonó. Reconociendo el rol pionero de este médico, para él fueron tomando forma otras ideas que pudo desarrollar mejor en la atención privada, donde podía dedicarle tiempo a cada mujer que concurría a la consulta. Para él, el sillón también mediatizaba al médico. En su visión la mujer pare como quiera parir. El sillón seguía siendo un instrumento pero para él, el único instrumento que tiene la mujer para parir es su propio cuerpo, no necesita otro (Burgo 2011). En una entrevista en los años ochenta Burgo explicaba en la revista *Claudia*, que quizás fueran problemas sexuales de los propios médicos los que podrían explicar ese maltrato hacia las mujeres y su sexualidad. Posiciones moralistas que cargaban de culpas a una mujer que iba, por ejemplo, a pedir un anticonceptivo (Soto 1984). Nuevamente las lecturas psicológicas intentaban comprender las prácticas médicas, que recién comenzaban a salirse del contexto de violencia estructural como fue la dictadura.

Medios, tecnología y mercado

Los medios de comunicación, renovados en su formato y en sus temáticas por aquellos años, colaboraron mucho en la difusión de las nuevas formas de considerar y atender el embarazo y el parto (Mamina 1968; Padres 1973). La revista femenina *Karina*, por ejemplo, señalaba los esfuerzos que estaba haciendo la medicina para que la mujer pudiera participar “más plenamente en este acontecimiento bendito” (Karina, 1966: 59). En su columna de *Claudia*, la periodista Adriana Civita comentaba las ventajas del método psicoprofiláctico en primera persona. Ella era ya madre de dos niños pero nunca había sido instruida sobre el parto, hasta que asistió al curso preparatorio para tener a su tercer hijo. Allí advirtió “lo injusto que había sido todo: llevarme a dar luz indefensa, asustada e ignorante como un animal al matadero” (Civita, 1960: 11). No solo las revistas femeninas abordaban esta ‘novedad’. *Primera Plana*, una publicación que se ocupaba de temas económicos y políticos, dentro de sus secciones dedicadas a la vida moderna se explaya sobre las ventajas de las nuevas maneras de parir (*Primera Plana* 1963 y 1967; Escardó 1963).

En los Estados Unidos, en los 70, el movimiento del “parto natural” coincidió con la explosión del feminismo y de la sociedad de consumo, y así la idea de elegir cobró importancia como algo político pero también económico (Davis - Floyd 2004). Ante lo desinteresado del amor maternal, el dinero fue convirtiéndose en un factor casi imprescindible, especialmente después de la clausura de las experiencias alternativas en los servicios públicos, para lograr las condiciones más “amorosamente” posibles.

Ana recién terminaba la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires cuando parió a su hijo en 1968. Por su nivel socio cultural contaba con información sobre las nuevas formas de atención del parto pero había un desfase entre lo que ella deseaba y los servicios a los que podía acceder: “Teníamos idea de lo que queríamos de un ginecólogo y de un obstetra pero no teníamos el dinero para pagarlo”. Sin poder contratar esos servicios privados debió parir en la clínica que le asignaba su obra social: “Había en el mismo policlínico el curso del parto con la

partera y después 7 médicos, uno para cada día de la semana y caías y te tocaba el que estaba. Y yo tenía toda esa idea personalizada...” (Ana 2011). Vale aclarar que lo que lo que cada mujer consideraba como un mejor parto era variado. Ana recuerda:

Yo tuve amigas que tuvieron los partos en sus casas con la ambulancia en la puerta o en agua o sentada en cuclillas y eso me parecía un exceso (...) Yo quería la cosa humana de que al chico me lo dieran y en el policlínico no me lo dieron. Dar el pecho no se me ocurrió nunca, si tener el bebé contra el pecho. La oscuridad no, nada de eso me llegó como una necesidad. Si tener el bebé y la relación con el médico, quería un medico que contenga ese momento (Ana 2011).

Ana solo pudo lograrlo cuando tuvo el dinero suficiente para pagar la atención privada y así hizo nacer a sus otros dos hijos.

Hilda Schupack comenzó, a mediados de la década de 1970, a trabajar de manera privada, con un equipo interdisciplinario de preparación para el parto formado por un obstetra, un pediatra, una partera y la supervisión grupal de un psicólogo social. Las parejas que concurrían eran de clase media, universitarios o profesionales, que podían costear el curso y la atención del parto en una clínica de forma particular. La ideología que los motivaba iba más allá de un método específico: “la orientación del equipo era lograr el parto más natural posible pero sin un modelo. El parto real es el que puede tener cada paciente” (Shupack 2010). También tenían la idea de que toda mujer y toda pareja que iba a tener un niño necesitaban ayuda. Es decir, no se trataba de una apuesta por las reivindicaciones feministas, ni de una cruzada contra el modelo médico hegemónico; la propuesta surgía desde la propia experiencia y la individualidad de cada madre, de cada pareja, de cada nacimiento.

En estos grupos, la participación de los padres era más frecuente que en los hospitales por formar parte de esos sectores

medios más influenciados por los nuevos discursos sobre la paternidad y la facilidad que ofrecía un horario de reunión nocturno, a diferencia de los cursos matutinos que ofrecían los servicios públicos. De todos modos la presencia masculina en la sala de partos era casi un hecho excepcional. Más allá de las trabas institucionales, otros factores también entraban en juego. Haydee Barilari recuerda que en una clase del curso que daba en la clínica de Rosenvasser, en la que se mostraba una vulva a todo color, uno de los padres presentes se desmayó (Barilari 2009). Para muchos varones y para muchas mujeres, la preparación para el parto ponía a su alcance información sobre temas tradicionalmente considerados tabú, como el funcionamiento del aparato reproductor femenino, el proceso de fecundación, los métodos anticonceptivos, que si bien comenzaban a tratarse también en los consultorios ginecológicos y en distintos medios de comunicación, resultaban muy movilizados para personas educadas en el desconocimiento. En el caso de esta clínica, como recuerda Brion (1995:37), acceder al parto vertical no era una cuestión de status, ya que Rosenvasser trabajaba con obras sociales pero, como ya vimos, no era lo más frecuente.

Otra innovación que revolucionó la atención del embarazo fue la aparición de las ecografías. Varios estudios han destacado la importancia que éstas tuvieron en las percepciones y opiniones sobre el aborto (Morgan 2009; Petchesky 1997). La imagen pública del feto, sacada de su contexto de producción, es decir, recortada del cuerpo de la mujer que lo porta, puede ser considerada un fetiche, en el sentido que Marx atribuye a la mercancía, al darle un valor que no posee en sí mismo (Taylor 2004). El ultrasonido se utilizaba al principio para determinar el crecimiento del feto y calcular si la cabeza podría pasar por los huesos de la pelvis de la mujer en el momento del parto pero al poco tiempo se fue volviendo una escena de consumo; la mujer embarazada, su pareja, familiares, amigos pasaron a ser invitados a presenciar la espectacularización del feto.¹²

¹² La edad del “retrato del feto” tuvo su comienzo mediático cuando en 1965 Lars Nilsson publicó en la tapa de la revista *Life* una imagen de un feto de 20 semanas chupándose el dedo, y su libro, *A Child is Born: the Drama of Life before*

En la revista *Padres*, Hilda Schupack y Roberto Steimberg (1973) mostraban las ventajas del monitor ultrasónico fetal y su efecto en los varones: los padres podían escuchar y ver y de ese modo, ser más partícipes de las etapas del embarazo. Claro que esto generaba mayor dependencia, el cinturón para el monitoreo limitaba los movimientos durante el trabajo de parto y parto. Además, era frecuente interpretar como sufrimiento fetal un momento de descanso y que esto llevara a una cesárea innecesaria (Barilari 2009). Por otra parte, Mirta Videla refiere a la existencia de una percepción inconsciente sobre la patología fetal por parte de las mujeres que la tecnología fue borrándoles. El precio de una mayor ‘seguridad’ seguía siendo caro para la autonomía femenina.

Por otra parte, el mercado comenzaba a ofrecer nuevos servicios como la gimnasia post parto y productos, como una línea natal de camisolines y otra pre y post natal de trusas puesto que “Hay hechos trascendentes que cambian la vida de la mujer en su esencia pero no modifican su actividad diaria, sus obligaciones, su trabajo” (*Claudia* 1972: 41), además de renovados intentos por volver la ropa para la mujer embarazada más sexy. Ser una madre “moderna” significaba tener en consideración todas estas novedades que ofrecían la medicina, sus innovaciones técnicas, la psicología y la moda. Parir sin dolor, criar a un hijo autónomo y feliz, y lucir radiante iban configurando nuevas experiencias de maternidad para todas las mujeres, aunque solo algunas comenzaran a vivirlas de ese modo en sus propios cuerpos.

Consideraciones finales

Los cambios que se dieron a partir de los años 1950 en la atención del parto se inscribieron en un contexto de transformaciones sociales y culturales amplias que afectaron los roles y relaciones de género y los modelos familiares. A la vez respondieron a un

Birth (1966), tomo difusión mundial. Al estar recortado del vientre de la mujer, el feto se volvió un “sujeto del espacio”, con características totalmente humanas gracias a la ayuda técnica de la fotografía, denotando independencia respecto a la mujer gestante (Hanson 2004).

renovado interés médico por mejorar la atención y minimizar sus complicaciones, aprovechando la difusión de nuevos conocimientos y herramientas tecnológicas que habían vuelto al parto menos peligroso. El parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico, parto vertical, parto sin violencia, fueron diferentes modos de denominar y pensar la atención obstétrica, que pusieron en evidencia diferentes concepciones sobre la relación médico-paciente y entre varones y mujeres. Todos ellos tuvieron en común el considerar a las mujeres en un rol más activo, ya no como ‘enfermas’ sino como sujetos capaces de protagonizar la experiencia. En algunos casos, los padres fueron también interpelados y llamados a ocupar un lugar más comprometido y cercano en el nacimiento de sus hijos.

En la Argentina, estas transformaciones se relacionaron con el fuerte impacto que tenía la difusión del psicoanálisis y el contexto social y político que atravesaba el país. Los equipos de psicoprofilaxis obstétrica que trabajaban en los hospitales públicos estaban promoviendo el derecho de la mujer a ser tratada con respeto y a parir en condiciones dignas y con mayor autonomía. Esta visión participativa, y mucho menos jerárquica, implicaba una concepción distinta del cuidado de la salud, de la maternidad y de las mujeres, que cuestionaba el modelo médico tradicional y que, incluso, daba un lugar significativo a la psicología y sus principales representantes, también mujeres. Lo que estaba en juego era algo más profundo que la superación del dolor. Por eso, que las mujeres dejaran de estar acostadas y que pudieran ubicarse al mismo nivel del médico motivó tantas resistencias.

Por otra parte, las vinculaciones que se establecían entre las nuevas formas de atención al parto y el comunismo, si bien pudieron tener un origen en las influencias de la escuela soviética, plasmaron una situación mucho más cercana y concreta. El cuestionamiento al maltrato que ejercían muchos médicos sobre las mujeres, especialmente sobre las de menores recursos, se conjugaba con un trabajo social que las dictaduras militares consideraron “subversivo”. Promover un parto sin violencia en el contexto del terrorismo de Estado resultaba una paradoja que llegó a su máximo absurdo cuando se supo de las condiciones infrahumanas en las que parían las detenidas desaparecidas en los

centros clandestinos de detención de la dictadura, cuyo destino final fue la muerte y la apropiación ilegal de sus hijos.

Este artículo propuso visibilizar esta parte de la historia de los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, considerando que el parto es un evento crucial en la vida de muchas mujeres y parte de su vida sexual.¹³ Es cierto que esta reivindicación puede ser apropiada por actores que estratégicamente se apoyan en construcciones esencialistas sobre la maternidad, elaboraciones que tanto le ha costado desmontar al feminismo y a los estudios de género. Sin desconocer este escenario, luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político. Pensar estos momentos como parte de la vida sexual de muchas mujeres y no solo de sus funciones reproductivas, no resulta fácil. La maternidad ha sido vivida y definida como obligación y en muchos casos sigue siéndolo. Como ya dijimos, no siempre el feminismo está presente en estos debates porque la maternidad es un tema que genera controversias, especialmente en aquellos ámbitos en los que los derechos no reproductivos, como el aborto voluntario, no están aun garantizados.¹⁴ Recuperando estos tramos de la historia, espero haber colaborado a visibilizar un tema que sin dudas requiere de más estudios académicos y de mayores compromisos políticos que logren hacer del embarazo y del parto vivencias seguras, placenteras y libres.

¹³ Vale este ejemplo sobre las posibilidades de vincular la sexualidad, el placer y las relaciones amorosas al proceso. Ricardo Gadea, en lugar de usar eutocol para estimular las contracciones uterinas, recomendaba la succión mamaria como método de inducción más natural del parto. Mirta Videla recuerda las resistencias de sus colegas y que algunos lo consideraron un ‘degenerado’. No obstante, mientras Gadea recomendaba que esto se hiciera con un sacaleche, Videla iba más allá y les decía a las mujeres que lo hicieran con la succión de su propia pareja (Videla 2011).

¹⁴ Julia Kristeva (2011) ha propuesto recientemente pensar una filosofía laica de la maternidad y la “pasión maternal”, dando también cuenta de esta tensión que se da cuando hay que seguir luchando para asegurar el derecho de las mujeres a no ser madres si esa es su opción.

Bibliografía

- Bobel, Chris (2010). *New Blood. Third-wave feminism and the politics of menstruation*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Brion, María del Carmen (1995). *El parto de la hembra humana*. Buenos Aires: Biblos.
- Rodrigáñez Bustos, Casilda (2010). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Buenos Aires: Madreselva.
- Correa, Alejandra (2000). "Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX", en Gil Lozano, Fernanda; Pita, Valeria e Ini, María Gabriela. *Historia de las mujeres en Argentina. Colonia y siglo XIX*. Buenos Aires: Taurus, 192-213.
- Cosse, Isabella (2010). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chiarotti, Susana; Mariana García Jurado, Analía Aucía y Susana Arminchiardi (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos*. INSGENAR y CLADEM. Rosario.
- Darnton, Robert (1994). "Los campesinos cuentan cuentos: el significado de "Mamá Oca"" en *La gran matanza de gatos y otros episodios en la historia de la cultura francesa*. Buenos Aires: FCE, 15-80.
- Davis-Floyd, Robbie (2004). "Consuming Childbirth. The qualified commodification of midwifery care" en Taylor; Janelle; Layne, Linda L. y Wozniak Riquet, Danielle F. (eds). *Consuming motherhood*. Rutgers University Press: New Jersey, 211-248.
- Diamant, Ana (2007). "Florencio Escardó: la psicología -y las psicólogas- y la lucha contra múltiples prejuicios". *Anuario de investigaciones*, N° 14. Buenos Aires, 123-133.
- Feijoo, María del Carmen y Marcela Nari (1996). "Women in Argentina during the 1960's" en *Latin American Perspectives*, 23(1), 7-26.
- Felitti, Karina (2012). *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta*. Buenos Aires: Edhasa.
- Felitti, Karina (Coord.) (2011a). *Madre no hay una sola: experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ciccus.

- Felitti, Karina (2011b). “Parirás sin dolor. Poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)”. *Historia, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, Fiocruz - Universidad Federal Fluminense, 18(3), 113-129.
- Felitti, Karina (2010). “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)”. *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, N° 84, 791-812.
- Fornes, Valeria (2011). “Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea” en K. Felitti (coord.), *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: CICCUS, 133-153.
- Gavensky, Ricardo V. (1961) [1955]. *Parto sin temor y parto sin dolor: educación de la embarazada para el parto sin dolor*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Giberti, Eva (1987). “Psicólogas en el Hospital. Una vanguardia inesperada”. *Actualidad Psicológica*, XII(136), 11-13.
- Giberti Eva (1973) [1969]. *Adolescencia y educación sexual*. t.1. Buenos Aires: Editores Roberto O. Antonio.
- Hanson, Clare (2004). *A cultural history of pregnancy. Pregnancy, medicine and culture, 1750-2000*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kholer Riessman, Catherine (1998). “Women and medicalization: a new perspective”, en Rose Weitz, Rose (Ed.). *The politics of women's bodies: sexuality, appearance and behavior*. Oxford University Press, 46-63.
- Kristeva, Julia (2011). “La reliance, ou de l'érotisme maternel”, presentado al Congrès des psychanalystes de langue française, Paris, 5 junio. Consultado en <http://www.kristeva.fr/reliance.html>
- Larguía, A. Miguel; González, María Aurelia; Solana, Claudio; Basualdo, María Natalia; Di Pietrantonio, Evangelina; Bianculli, Pablo y Esandi, María Eugenia (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires. UNICEF.

- Layne Linda L. (2003). “Unhappy endings: a feminist reappraisal of the women’s health movement from the vantage of pregnancy loss”. *Social Science & Medicine*, 56, 1881–1891
- Leboyer, Frederick (2008) [1976]. *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid: Mandala.
- Leboyer, Frederick (1976). *El parto: crónica de un viaje*. Barcelona: Alta Fulla.
- Martin, Emily (2006). *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Garamond.
- Morgan, Lynn (2008). *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*. University of California Press.
- Odent, Michel (1984). *El nacimiento renacido*. Buenos Aires: Errepar.
- Petchesky, Rosalind (1997). “Fetal Images. The power of visual culture in the politics of reproduction” en Lancaster, Roger y di Leonardo, Micaela (eds.). *The gender/sexuality reader: culture, history, political economy*. Londres: Routledge, 134-150
- Plotkin, Mariano (2003). *Freud en las pampas: orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Read, Grantly Dick (1959). *Educación para el parto sin dolor*. Buenos Aires: Editorial Central.
- Tornquist, Carmen (2006). “El parto sin dolor en la América del Sur”, en *CD ROM III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género y VIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres*. Córdoba, Argentina, Universidad Nacional de Córdoba.
- Taylor, Janelle S. (2004). “A fetish is born. Sonographers and the making of the public fetus”, en Taylor, J. ; Layne, Linda L. y Wozniak Riquet, Danielle F. (eds) (2004). *Consuming motherhood*. New Jersey: Rutgers University Press, 187-210
- Rustoyburu, Cecilia (2012), *Infancia, maternidad y paternidad en los discursos de la Nueva Pediatría (Buenos Aires, 1940-1976)*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Videla, Mirta (2003). “Preñeces, pujos y alumbramientos”. Conferencia inicial de las 1eras Jornadas Interdisciplinarias sobre Parto y Nacimiento, 24-25 de noviembre [en línea]. Consultado el 25 de abril de 2011 en

- <http://www.maternidadmitoyreal.com.ar/2009/01/16/inte-rdisciplina-preneces-pujos-y-alumbramientos/>.
- Videla, Mirta (1974). *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: A. Peña Lillo.
- Videla, Mirta y Alberto Grieco (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Walzer Leavitt, Judith (2009). *Make room for daddy. The journey from de waiting room to birthing room*. University of Carolina Press.
- Walzer Leavitt, Judith (1986). *Brought to bed: childbearing in America (1750-1950)*. Oxford University Press.
- Wertz, Richard y Dorothy Wertz (1989). *Lying-in: a history of childbirth in America*. London: Yale University Press.

Documentos

- Carta (1971) “Carta para Haydee Barilari y Eliseo Rosenvasser”, en Archivo personal Barilari, fechada el 13 de diciembre.
- Perrusi, Tucho et ál. (1967). “Parto vertical”, trabajo presentado en el *12º Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología*, Buenos Aires, 23-27 oct.
- Ley Nacional N° 25929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Disponible en Consejo Nacional de la Mujer <http://www.cnm.gov.ar/>
- Ley Nacional N° 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Art. 6, inc. e) Violencia obstétrica. Disponible en Consejo Nacional de la Mujer <http://www.cnm.gov.ar/>
- Organización Mundial de la Salud (1985) “Tecnología apropiada para el parto”. Declaración de Fortaleza, en *Lancet*, 2, 436-437. Traducción ACPAM.

Artículos periodísticos de la época

- Crónica (1990). “Brion: el fallo es un paso importante” en *Crónica*, Buenos Aires, año XXIV, n° 9141, 7 de octubre.
- Civita, Adriana (1960). “Pro y contra”, en *Claudia*, Buenos Aires, año 4, n° 37, p.11.
- Capsiski, Jorge (1976). “Parto vertical” en *Vivir*, Buenos Aires, año 1, n° 6, pp. 64-68.
- Claudia (1972). Aviso publicitario de *Virtus*, año XVI, n° 187, diciembre, p.41.
- La Razón (1965). “El invento más antiguo del mundo”, *Suplemento siete días, La Razón*, Buenos Aires, 19 de octubre, pp.14-15.
- Mamina (1968). “¿El parto vertical o el parto horizontal?”, en *Mamina*, Buenos Aires, diciembre, pp. 80-85.
- Padres (1973). “Parto sin dolor”, en *Padres*, Buenos Aires, n° 6, pp. 35-49.
- Primera Plana (1963). ¿Puede mamá conservarse siempre linda?, en *Primera Plana*, n° 217, Buenos Aires, pp. 24-26.
- Primera Plana (1967). “El suplicio de la dulce espera”, en *Primera Plana*, n° 250, Buenos Aires, p.47.
- Escardó, Florencio (1963). “El trabajo de ser mamá: de la maldición bíblica al parto con verdadero amor”, en *Primera Plana*, Buenos Aires, año 2, n° 16, p. 28.
- Karina (1966). “Ese momento que solo una mujer puede vivir”, en *Karina*, Buenos Aires, n° 2, junio, p.59.
- Giberti, Eva (1983). “El parto vertical”, en *Uno mismo*, año 1, n° 6, Buenos Aires, pp. 38-42
- Schupack, Hilda y Roberto Steimberg (1973). “Los latidos del bebé” en *Padres*, n° 6, Buenos Aires, pp. 94-98.
- Soto, Moira (1984). “Ginecólogos. Proceso al maltrato”, en *Claudia*, año XXVIII, n° 328, agosto, pp. 99-101
- Tonus (1974). “Informe sobre el parto”, en *Tonus*, año 3, n° 64, Buenos Aires, p. 1, 15 de octubre.

Entrevistas

- Ana (2011), Ciudad de Buenos Aires, 20 de diciembre.

- Barilari, Haydee (2009) Ciudad de Buenos Aires, 19 de junio.
Burgo, Carlos (2011), Ciudad de Buenos Aires, 5 de diciembre.
Schupack, Hilda (2010), Ciudad de Buenos Aires, 22 de marzo.
Videla, Mirta (2011), Ciudad de Buenos Aires, 3 de febrero.

CAPÍTULO 9

Medicalización y aflicciones contemporáneas: regímenes de subjetivación y tecnologías de género

Sonia Weidner Maluf

Las reflexiones presentadas en este capítulo forman parte de un programa de investigación denominado *Género, Subjetividad y Salud Mental*¹ desarrollado en el sur de Brasil, en el Estado de Santa Catarina. En esa investigación se abordaron tres ejes de descripción, análisis y discusión: las políticas públicas orientadas hacia la salud mental y género; las políticas públicas propuestas por grupos de activistas, movimientos feministas y movimientos focalizados en la salud mental; y las experiencias sociales ligadas al cruce entre género y la llamada cuestión de la “salud mental”. En este trabajo voy a realizar algunas reflexiones iniciales en torno de las articulaciones entre género, subjetividad y salud mental desde una perspectiva que comprende a las medicinas de la salud mental como regímenes de subjetivación y modos de reproducción del género y de la diferencia sexual contemporánea.

Estas reflexiones están situadas, por un lado, en el campo de los estudios antropológicos de los fenómenos de salud-enfermedad-sufrimiento-cura que parten de algunos presupuestos conceptuales, teóricos y metodológicos. El primero de ellos es la búsqueda de la desnaturalización de los fenómenos conceptualizados por el discurso biomédico como de orden natural y como experiencias universales, para comprenderlos en

¹La colección *Género, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (Maluf & Tornquist 2010) contiene parte de los resultados de la investigación desarrollada desde el 2006. Una versión anterior de este artículo fue presentada en el Seminário Internacional Fazendo Gênero 8, en 2008, publicada en portugués en el libro *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*, vol. II (Tornquist et alii 2009), con el título “Sofrimento, saúde mental e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero” (Maluf 2009).

sus dimensiones sociales. En segundo lugar, en función de la perspectiva propuesta aquí, indagaré la articulación de los fenómenos de salud-enfermedad-sufrimiento y cura con otros fenómenos y experiencias socio-históricas-culturales y, más específicamente, con los regímenes de subjetivación y construcción social de la Persona. Finalmente, el tercer presupuesto del presente abordaje antropológico es la problematización de las categorías (locales, médicas, psicológicas y de análisis), comprendiendo también a las categorías científicas como conceptos localizados (histórica, social y políticamente).

En el campo de la llamada “salud mental” diversos antropólogos se han ocupado de la tarea de descentrar y colocar en perspectiva los discursos biomédicos y *psicologizantes*. Un ejemplo de estas iniciativas es la discusión de Luiz Fernando Duarte sobre los sentidos de los conceptos de salud mental, psicosocial y otras denominaciones propias de esos dominios. El autor propone la adopción de conceptos más inclusivos y que puedan dar cuenta de experiencias y concepciones de salud-enfermedad y sufrimiento que van más allá de los paradigmas racionalistas tanto de la biomedicina como de los discursos y saberes del campo llamado psi (psicológico, psicoanalítico, psiquiátrico). Para Duarte, el concepto de perturbación, o de perturbación físico-moral, representa más adecuadamente las concepciones populares de la experiencia cotidiana que las denominaciones bio-psico-médicas fundamentadas en una división dualista mente/cuerpo, físico/psicológico de las vivencias subjetivas (Duarte 1994).

La idea de pensar los conceptos en tensión fue propuesta en el origen del título de la mesa “Género, Cuerpo y Sufrimiento” del Seminario Internacional Fazendo Género 8, que dio origen a este artículo. Si realizáramos una búsqueda de trabajos antropológicos sobre el tema del sufrimiento, veremos la recurrencia de la articulación de este tema con la cuestión de la salud. Sin embargo, desde las Ciencias Sociales, el sufrimiento tiene un lugar bastante amplio de experiencias y fenómenos que van de lo físico a lo emocional y lo moral. Desde la discusión de la escuela francesa sobre las representaciones colectivas, las emociones han sido tomadas por la Antropología, y por las

Ciencias Sociales en general, también como un fenómeno social, constituyendo hoy día una importante sub-área de los estudios antropológicos. Sólo por nombrar algunos estudios clásicos, podemos citar trabajos como el de Marcel Mauss sobre la expresión obligatoria de sentimientos, el estudio de Emile Durkheim sobre el suicidio, o los trabajos de Georg Simmel. También me gustaría llamar la atención sobre un texto que plantea directamente las cuestiones que quiero discutir aquí, un no tan conocido artículo de Karl Marx sobre el suicidio (Marx 2006). En ese trabajo, Marx comenta una noticia de un diario sobre el suicidio de una mujer trabajadora, situando ese evento en el contexto de la opresión y de la doble explotación capitalista de las mujeres, a partir de su posición de mujer y trabajadora, denunciando el sufrimiento y la tragedia femenina como producto de ese contexto.²

Más allá del campo de las ciencias sociales, clásicas y contemporáneas, también las teorías feministas han servido de apoyo para pensar sobre las diferentes configuraciones de poder implicadas en la biomedicina como tecnología de género y sobre el carácter normativo de la construcción de cuerpos y subjetividades.

² Es también a partir de una reflexión en torno del suicidio de las mujeres en la India, principalmente la institución del *sati*, suicidio de la viuda después de la muerte del esposo, pero también es un análisis del caso de suicidio de una joven activista en los años 1920 y de las varias interpretaciones hechas en torno de ese hecho, que la pensadora poscolonial Gayatri Spivak elabora una interesante reflexión sobre la posibilidad de que los subalternos hablen, o más específicamente, las mujeres subalternas puedan expresarse y ser oídas. Un análisis comparado de las dos interpretaciones del suicidio femenino, por un lado una trabajadora del siglo XIX y en el otro caso las mujeres indias en el contexto colonial puede ser un punto de partida interesante para un estudio de las relaciones de lo que Marx denominó “tragedia femenina” y que Spivak denomina insustanciabilidad femenina dramatizada en el acto del suicidio de la viuda y en las dimensiones políticas de esos actos.

El contexto de las políticas de “salud mental” en Brasil y el género

El abordaje social, cultural y político de la salud mental parte también de considerar un contexto específico, de tres movimientos complementarios que son evidenciados en los últimos años. En primer lugar, a partir del final de los años de 1970, un proceso de remedicalización y biologización de la psiquiatría (hasta ese momento bastante influenciada por el psicoanálisis y por un abordaje del sujeto psicológico), consolidado, sobretodo, con la publicación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).³ Este comprendía a las enfermedades mentales como “entidades mórbidas distintas y universales” (Aguilar 2004:22), y sustituía la relación terapéutica médico-paciente por “el control farmacológico de los síntomas” (Aguilar 2004:22). En segundo lugar, el cambio a partir de esa década y posteriormente a partir de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, de un modelo de tratamiento centrado en la atención exclusivamente psiquiátrica y en el hospital-manicomio hacia un modelo ambulatorio diseminado, en el cual la psiquiatría pasaría a ser ejercida en los espacios de atención públicos. Algunos autores identifican ese cambio de modelo manicomial hacia el ambulatorio como un proceso de “psiquiatrización” de la medicina (Cardoso 1999; Birman, citado en Cardoso 1999). En tercer lugar, la alta diseminación del uso de psicofármacos y psicotrópicos de todo tipo, con énfasis en los últimos años en los antidepresivos, alcanzando a mujeres de clases populares, rurales e indígenas. Es este tercer fenómeno de alto consumo de psicofármacos entre mujeres de sectores populares, sumado al uso de un vocabulario y

³ La DSM establece orientaciones para la práctica psiquiátrica en los Estados Unidos, incluyendo la definición de las enfermedades y trastornos mentales o psicológicos y de los procedimientos terapéuticos. El DSM I (1952) y II (1968) seguían una orientación influenciada por el psicoanálisis y con una visión dinámica y procesal de la salud mental. El DSM III tiene una ruptura con la visión psicosocial presente en los DSM anteriores y reintroduce una visión biologizada y remedicalizada de la enfermedad y de la perturbación mental. Ver Aguiar (2004) y Russo (2004).

de un cuadro semántico para hablar de sus perturbaciones (como depresión, pánico, etcétera), que hace unos años estaba identificado con una cultura psicológica o psicoanalítica específica de las clases medias y a un modelo individualista, lo que nos interesó investigar en el proyecto mencionado. Partimos, entonces, de la constatación de un fenómeno relativamente reciente, de consumo de medicamentos psicotrópicos y del uso de un lenguaje o dialecto médico-psicologizado entre mujeres de clases populares, aún poco abordado en los estudios antropológicos tanto en el área de género como en el de salud.

Un último punto para contextualizar estas reflexiones en el escenario brasileño es la constatación de que, en relación a la temática género y salud, gran parte de las investigaciones académicas, de las políticas institucionales y gubernamentales, de las acciones de los grupos y movimientos sociales ligados a las políticas para la mujer y la igualdad de género están centradas específicamente en torno de la cuestión de la salud sexual y reproductiva –con énfasis en la prevención del HIV-SIDA, la contracepción, el aborto y la salud materna, con foco en la noción de “ciclo de vida” de las mujeres, definido como su carrera reproductiva–. Esa fue la “agenda común” de esas diferentes esferas. En el caso específico de los movimientos y organizaciones feministas (incluyendo a las ONGs que trabajan con la temática de género), un relevamiento preliminar sobre ONGs, grupos y redes feministas, encuentros feministas y congresos académicos del campo de género, mostró que el énfasis en la cuestión de la salud reproductiva relegó a un segundo plano la cuestión de la propia sexualidad.⁴ Si bien la salud se tornó un tema central y estratégico para el movimiento feminista, respecto de la salud mental se restringe a algunos trabajos dispersos del área de asistencia psicológica, sobre todo de mujeres víctimas de violencia, y a

⁴ Como alternativa, algunos autores han utilizado el concepto de “justicia erótica”, buscando enfatizar la especificidad y autonomía de los derechos sexuales en relación con los derechos reproductivos (Corrêa 2006).

algunos proyectos de investigación incipientes en torno de los vínculos entre violencia y salud mental.⁵

En los estudios antropológicos sobre salud mental, disturbios psicológicos y/o perturbaciones nerviosas, el género aparece por su relevancia tanto cuantitativa, es decir por el alto índice de mujeres que son definidas como sufrientes de ese tipo de perturbaciones; como cualitativa, por el modo en que un discurso de la diferencia de género se impone y se reproduce en torno de la experiencia de la enfermedad y del sufrimiento psicológico, físico-moral o nervioso.⁶ En tanto, en la ya extensa producción antropológica sobre enfermedad y perturbación, salud mental, cultura psicoanalítica y sobre todo, enfermedad de los nervios (Duarte, 1986 y 1994. Silveira, 2004. Rabelo, Alves e Souza, 1999. Figueira, 1985, 1988. Ropa y Duarte, 1985, entre otros), los abordajes de género son escasos.⁷

En el campo de los estudios de género, los trabajos sobre salud también están acotados casi en su totalidad a las cuestiones de salud sexual y reproductiva, y a las cuestiones de ciudadanía y de acceso a la atención pública de la salud. Otros estudios, en una aproximación genealógica foucaultiana, sitúan a la medicina en el campo biomédico como discursos y saberes que instituyen procesos de subjetivación y de diferenciación de género (Laqueur, 2001 y Rohden, 2001), en tanto su foco principal son las “medicinas de la mujer” como la ginecología, la obstetricia, etcétera.⁸

⁵ Un proyecto de mayor envergadura sobre el tema fue desarrollado por la ONG Papai (Recife), junto con el Núcleo de Pesquisas Margens (del Programa de Pós-Graduação em Psicologia de la Universidade Federal da Santa Catarina), sobre género y violencia focalizada en la investigación con hombres violentos.

⁶ Ver, por ejemplo, el trabajo de María Lúcia Silveira (2004) sobre la enfermedad de los nervios entre mujeres en una comunidad del interior de Florianópolis.

⁷ El trabajo de María Lúcia da Silveira (2004) es una excepción y también una referencia en relación al tema.

⁸ No se incluyen en esta referencia los estudios específicos de las áreas de psicología o del psicoanálisis, ni de las corrientes críticas, como la teoría feminista que han problematizado la forma con que cierto psicoanálisis piensa las cuestiones de la subjetividad femenina o el concepto de histeria y las concepciones en torno a la sexualidad. Para un mapa inicial de esa discusión y de

También en relación a las políticas públicas y gubernamentales, las referencias al género y la salud mental son bastantes puntuales. En el Plan Nacional de Salud Mental de 1977 ya se hacía mención a la necesidad de acciones hacia lo que era denominado como “grupos de mayor riesgo: gestantes, madres, adolescentes y ancianos, en el intento por reducir, en esta población (...) el surgimiento de alteraciones y la promoción (sic) de niveles de salud mental satisfactorios” (citado en Cardoso 1999:36). Planes más recientes reproducen esta perspectiva, en tanto que la casi totalidad de las políticas de salud orientada hacia las mujeres (representada por ejemplo, por el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer-PAISM) es ocupada por cuestiones de salud reproductiva y prevención. Específicamente en relación a esas políticas gubernamentales, observamos que las mujeres son incluidas a partir de lo que sería una vulnerabilidad mayor en ciertos momentos de su “ciclo de vida”, entendiendo al ciclo de vida como una sucesión de fases de su vida reproductiva (adolescencia, embarazo, pos-parto, menopausia, etcétera), reproduciendo una concepción de persona y de sujeto reducida a las “funciones” llamadas biológicas.⁹

Sin embargo, en la aplicación de las políticas de salud y en la cotidianeidad de las unidades de salud y de los Centros de Atención Psicosocial se percibe el ejercicio de una política de la diferencia que evidencia un discurso de género, tanto por parte de los profesionales y agentes de salud como por parte de los usuarios y frequentadores del sistema público. Por ejemplo, el alto índice de medicamentación de las mujeres con psicofármacos es una constatación que todavía merece ser cuantificada. En este sentido, se aprecia que la mayoría de los usuarios de esos medicamentos distribuidos por la red de salud pública en el estado de Santa Catarina son mujeres y que hay una alta presencia de

esa crítica ver la colección *Para além do falô: uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*, organizada por Tereza Brenan.

⁹ Un análisis detallado de estas políticas, incluyendo las discusiones y iniciativas más recientes llevadas a cabo a partir de la Conferencia Nacional de Políticas para las Mujeres es discutida en Maluf 2010.

mujeres en los grupos terapéuticos de las unidades de salud (en torno de 94 a 95%). Siendo el 5%, los hombres generalmente son referenciados como portadores de problemas considerados de “complejidad más alta”, tales como la psicosis y otras aflicciones. La ausencia de una política de salud mental específicamente preocupada por las cuestiones de género no impide que en lo cotidiano una política de diferenciación y de refuerzo de la desigualdad y jerarquía de género esté siendo ejercida.

Los nervios, la psicologización y la medicalización

La segunda constatación o reflexión a la que nuestra investigación nos llevó, es que a pesar de toda la crítica a la medicalización y a las tecnologías médicas como regímenes de sujetamiento y control, se percibe en diversos movimientos sociales ligados a la salud, en las políticas públicas y en los discursos de los llamados “usuarios” del sistema público de salud cierto consenso en torno de una “demanda por medicalización”. Es decir, la noción de política democrática de salud está bastante ligada no sólo al acceso a la misma, sino principalmente al acceso a los medicamentos y a los llamados de última generación. Esa demanda es observada también en el campo, cuando conversamos con mujeres diagnosticadas como portadoras de depresión y consumidoras de medicamentos. Muchos médicos se quejan de que las pacientes van a sus consultas para obtener una receta, vale decir, llegan al consultorio con su propio “diagnóstico” y sólo se sienten satisfechas con la receta en la mano. Esa demanda de medicalización aparece tanto en las reivindicaciones y políticas de democratización de la salud como en los discursos y estrategias de los sujetos individuales.¹⁰

Esa situación de las mujeres que llegan al consultorio con un auto-diagnóstico ya realizado y con una demanda específica de medicamentos puede ser comparada con el fenómeno descripto por Fabíola Rohden cuando se refiere a la insanidad y al

¹⁰ En Maluf 2011, analizo la centralidad del medicamento en los discursos sobre la Reforma Psiquiátrica Brasileira y el medicamento como dispositivo tecnológico.

nerviosismo femenino del siglo XIX. En esa época, las mujeres se autodescribían como nerviosas, histéricas o ninfomaniacas requiriendo así el tratamiento médico (Rohden 2001: 30). Aquí indago cuánto hay de “violencia epistémica” en el proceso de diagnóstico de las mujeres en el campo de la salud mental –tanto como de histéricas en el siglo XIX, como de depresivas en el siglo XXI–, cuando se adopta una dimensión en la que el sujeto es subsumido en la enfermedad, en la que su intelegibilidad se reduce a ésta, y en el cual el autodiagnóstico efectuado por muchas de esas mujeres no queda inmune.¹¹

Además de esto, el medicamento, desde el punto de vista de los pacientes y los usuarios, gana un significado más amplio que aquel atribuido por el campo biomédico (el tratamiento de algún problema específico a través de una acción bioquímica). Pasa a ser símbolo de auto-cuidado, sinónimo de tratamiento médico en general, moneda de cambio y de estatus en las pequeñas comunidades y en las relaciones de vecindad, etcétera (Langdon, s/d. Silveira 2004). Una de las preguntas de nuestra investigación es hasta dónde el medicamento sería una de las lenguas francas de la subjetividad en las experiencias contemporáneas.

Una tercera constatación, que voy a retomar posteriormente, es que la aceptación del diagnóstico médico se produce en paralelo a la búsqueda de otras formas de tratamiento, que incluyen el uso de medicamentos fitoterapéuticos y curas rituales. El itinerario terapéutico puede combinar esas diferentes formas con el tratamiento medicamentoso, utilizando dispositivos no reconocidos por el campo biomédico, pero también manipulando el uso de los medicamentos, sus dosis y frecuencia.

El cuarto punto de reflexión se refiere a un dislocamiento del paradigma cultural y simbólico, y sus implicaciones para la cuestión de género. Los estudios antropológicos sobre las llamadas perturbaciones físico-morales, salud mental, disturbios psicológicos y nerviosos tienen en general establecido una

¹¹ Spivak, 2003, dialogando con Sarah Koofman, discute el proyecto freudiano de “dar voz a las histéricas” en el sentido de esta concesión de una voz que las transforma en sujetos de la histeria.

dicotomía entre dos modos o modelos distintos de concebir a la Persona (y a la subjetividad) entre las clases medias y populares en Brasil. La configuración de “los nervios” es el paradigma central de un modelo descrito como predominante entre los llamados sectores populares, centrado en una concepción holística y relacional de la Persona y opuesto tanto a la configuración psicológica anclada en la noción de individuo interiorizado y autónomo (Duarte 1986; Cardoso 1999; Silveira 2004; Freire Costa 1989, entre otros) como al modelo biomédico, ambas expresiones racionalizadoras de la experiencia enfermedad-aflicción-cura. Este modelo más racionalizador e individualista sería un ideal específico de ciertos segmentos de las clases medias urbanas brasileñas (Figueira 1985 y 1988). En ese caso, por un lado el psicoanálisis y las psicoterapias de modo general, y por el otro el campo biomédico, son tomadas como formas culturales particulares conformadas dentro de cierta configuración de valores del mundo moderno. Son valores predominantes (globalizados) en los discursos contemporáneos pero, al mismo tiempo, específicos o propios de ciertos segmentos sociales.

La pregunta por la diseminación del uso de los psicofármacos y del dialecto médico–psiquiátrico entre las mujeres de clases populares nos coloca frente al problema de pensar cuánto de ese fenómeno significa un dislocamiento del paradigma de los nervios (centrado en la idea de perturbación como de orden físico-moral) hacia otro paradigma— no exactamente de configuración psicológica en la medida en que ya no es posible hablar de la psiquiatría hegemónica (hoy remedicada y rebilogizada) como perteneciente al campo psi- de racionalización médica de la experiencia subjetiva y del sufrimiento. En ese caso, el medicamento pasaría a ser, como fue mencionado anteriormente, una especie de “lengua franca” en los discursos sobre la subjetividad: “estar tomando” (el gerundio aquí es propositivo) antidepressivos colocaría al sujeto en un terreno de la experiencia compartida con otros sujetos, del mismo o de otros segmentos sociales. Pero no es solo eso. Uno de los objetivos de nuestra investigación fue justamente el de analizar la hipótesis sobre un dislocamiento o transformación, entre las clases populares urbanas brasileñas, en los años recientes, de un tránsito

del modelo de los nervios a un modelo que combina psicologización del sujeto y medicalización de la subjetividad, al mismo tiempo que propone una reconfiguración y recombinación de esos dos modelos superadora de la perspectiva dicotómica. En este sentido, un ejemplo claro es la utilización corriente de las nociones advenidas del campo biomédico por mujeres en tratamiento médico o diagnosticadas como portadoras de algún tipo de aflicción relativa al campo de la “salud mental”. Es así como las categorías de “depresión”, pánico, fibromialgia¹², trastorno bipolar, entre otras, se van tornando de amplio uso.¹³

Otra diferencia, en ese cambio discursivo de los *nervios* hacia la *depresión*, concierne a la propia centralidad del discurso y de la acción biomédica y medicalizadora. En su pesquisa sobre enfermedades de los nervios entre mujeres del barrio de Campeche, en la ciudad de Florianópolis, la médica y antropóloga María Lucia da Silveira (2004) señaló que la “crisis de nervios”, bastante común entre las mujeres moradoras del barrio, era un momento de inversión de las reglas de lo cotidiano: las mujeres salían de la esfera doméstica para ir al puesto de salud o al hospital, dejaban de realizar los trabajos referentes a la casa durante algunos días, eventualmente eran internadas en el hospital, y sobre todo, se tornaban, durante un período breve, el foco de atención de todos: marido e hijos. Aunque la medicina en general rechazaba el estatuto de enfermas a las *nerviosas* y raramente se proponía medicalizarlas, existen, en su estudio, relatos sobre el uso de placebos, sobre situaciones en las que se enviaba a las mujeres de regreso a sus casas diciéndoles que no tenían nada, y en las que se comparaba el ataque de nervios con la histeria y recetaba un calmante. Además de las mujeres de las clases medias y de las elites urbanas, el diagnóstico de depresión alcanza hoy, en algunos

¹² Afeción descrita como un conjunto de dolores corporales que, según los médicos, afecta sobre todo a las mujeres diagnosticadas clínicamente y tratada con antidepresivos.

¹³ La difusión de la jerga biomédica entre la población y las clases populares de la Inglaterra georgiana es discutida por Roy Porter, 1993; y de la jerga psicoanalítica en las clases medias urbanas brasileñas por Sérulo Figueira (1985 y 1988). Sería interesante realizar una comparación con la actual difusión de la jerga psiquiátrica.

casos, a una población muy semejante a la de la enfermedad de los nervios: mujeres de la zona rural, indígenas, de clases o barrios populares o del interior de la ciudad de Florianópolis que se tratan en la red de salud pública. Sin embargo, es perceptible un cambio en la práctica y en el discurso en relación a ese nuevo mal tanto por parte de los profesionales de la salud como de los pacientes.

Los profesionales no solo acogen a las pacientes sufridoras sino que poseen todo un dispositivo de tratamiento fortalecido por la política de salud pública y por los programas terapéuticos, cuyo foco está colocado en la distribución gratuita de medicamentos por la red. Ocurre, en el campo de la salud mental, lo que algunos autores han denominado *ambulatorización* del tratamiento, o *psiquiatrización* de la medicina general. Los usuarios del sistema público y las pacientes pasan a utilizar un nuevo lenguaje para hablar de su sufrimiento – ahora mimetizado con el dialecto médico– arraigado en los puestos de salud, en las visitas al médico, en el consumo de psicofármacos recetados por los médicos como centro de sus itinerarios terapéuticos.

En los años de 1970 y 1980, entre las clases medias urbanas brasileras, ese modelo de referencia a la subjetividad estaba más ligado al discurso psicológico o psicoanalítico (hablar de sí, dar visibilidad al hecho de frecuentar al analista, utilizar cierto lenguaje psicoanalítico o psicologizado) (Figueira 1985 y 1988). Ese “paradigma *psi*” de cierto sector de las clases medias urbanas también se dislocó para dar lugar a un paradigma biomédico, en un proceso combinado de patologización de la experiencia y medicalización de lo cotidiano.

Una de las cuestiones que este nuevo contexto plantea es si el antiguo paradigma de los nervios, hegemónico entre las clases populares brasileras, se está transformando en un modelo de medicalización de las aflicciones y de la subjetividad. En la llamada configuración de los nervios, bastante estudiada por la antropología porque es un modelo frecuente entre dichas clases, el sufrimiento y la aflicción son descriptos a través de la combinación de síntomas físicos –dolor en las piernas, taquicardia, cansancio, etcétera– con síntomas de orden emocional –ganas de llorar, explosión de rabia, ganas de “romper la casa”, falta de voluntad (Silveira 2004) –, construyendo un modelo que Luiz

Fernando Duarte (1984) denominó *físico-moral*. Este modelo sería diferente tanto de la racionalización biomédica como de la psicologización, que separan a la experiencia afectiva y emocional de la experiencia física, orgánica o corporal.

El modelo biomédico de depresión ofrece una explicación bioquímica para el sufrimiento, vale decir, imprime a la depresión y a cualquier tipo de sufrimiento y malestar en un modelo explicativo racionalizado y biologizado. Si en el caso de los nervios y de las nerviosas había una desconsideración por parte del campo médico en relación a establecer un diagnóstico, o al menos a tratar el malestar, en esta nueva configuración de la perturbación ocurre por un lado, el reconocimiento y la medicalización (en muchas situaciones observadas esta es visiblemente excesiva); y por el otro, la incorporación de un discurso racionalizador sobre la experiencia del sufrimiento y la enfermedad, conjuntamente a un proceso creciente de medicalización de la vida y de la subjetividad.

Las expresiones utilizadas en el discurso farmacológico y en la industria farmacéutica (es preciso no confundirlos) para describir cómo actúan algunos de esos medicamentos permite reflexionar sobre ese campo. Descritos como “moduladores”, los medicamentos actúan retirando los excesos e introduciendo una visión de la felicidad y del bien-estar como sinónimos de la eliminación de los excesos emocionales y, consecuentemente, de un mayor control de las emociones. De un sujeto irracional, movido por emociones y afecciones de base orgánicas o físicas, el nuevo discurso fisicalista sobre el sufrimiento femenino no solo reconoce el sufrimiento sino que lo diagnostica y lo trata. En esa intervención que se traduce en la acción medicamentosa emerge un sujeto también racionalizado e individualizado capaz de mantenerse en la “cadena productiva” (doméstica o del trabajo asalariado) y potenciarse como sujeto productor y productivo.

Joel Birman (2007) discute los efectos del proceso de medicalización de lo social realizado por la biopolítica remontando su origen al largo pasaje de la *salvación* a la *cura*. En la tradición greco-romana la relación del sujeto con el mal o con el sufrimiento era de orden ético; en la expansión del cristianismo, pasó a ser del orden religioso (a través de la idea de salvación). En el mundo moderno-contemporáneo, esa relación pasó a ser

mediada por la ciencia a través de la problemática de la cura anunciada en la propia emergencia de la modernidad (Birman 2007: 531).

Sin embargo, ¿si es a partir del siglo XIX cuando la diferencia entre lo normal y lo patológico deja de ser una diferencia de esencia y pasa a ser cuantificable, medible (Canguilhem 2000), qué marcaría la forma actual de esa diferencia y qué la definiría hoy como “normal”? Si en la historia de la locura estudiada por Foucault eran la anormalidad y la degeneración los objetos de clasificación, tal vez la diferencia que podemos percibir en los tiempos contemporáneos es que el blanco de la intervención biomédica y el foco de la medicalización es la propia normalidad, o dicho de otro modo, en el *continuum* entre lo Normal y lo Patológico sucede un proceso creciente de patologización de lo normal. No solo la frontera entre uno y otro se torna más tenue, porque ella misma se disloca, extendiendo el territorio de lo patológico, es decir, extendiendo la esfera sobre la cual actúan los llamados imperativos de normalidad. Del mismo modo, así como la medicina, los discursos y saberes bio-psico-médicos se constituyen en regímenes de subjetivación (ya analizados por Foucault), ellos actúan también como tecnologías de género o “ciencias de la diferencia” (Rohden 2001) conforme la discusión de Fabiola Rohden sobre la ginecología y la obstetricia.

Las implicaciones de este proceso de diseminación de la medicalización de la diferencia y de la subjetividad sobre cuestiones como la capacidad de agencia y autonomía de las mujeres (y de las personas en general) envueltas en esos procesos, y la generación de nuevos regímenes de subjetivación, sobre todo en el sentido de ajustamiento a un conjunto de normas y valores sociales, estéticos y existenciales que pasan a constituir a esos sujetos, es una reflexión pendiente. También es necesario construir una reflexión sobre la medicina como “ciencia de la diferencia” (Rohden 2001), o más precisamente como una tecnología de género, no sólo en sus expresiones más específicas de “salud de la mujer” —como la ginecología y la obstetricia— sino también en la expresión de la medicina que más fuertemente alcanzó el corazón de la construcción del sujeto moderno: la

psiquiatría y las medicinas de lo “mental”. Estas son cuestiones que merecen un debate mayor.

Un último punto a ponderar son las experiencias sociales en torno de las cuestiones aquí descritas, o sea de las trayectorias, elecciones, agenciamientos y transgresiones protagonizadas por los sujetos directamente involucrados en ese proceso de medicalización de la vida y control de la experiencia subjetiva de las mujeres. Si por un lado podemos percibir, en el uso diseminado de psicofármacos y en la aceptación y legitimación de los diagnósticos médicos, formas de medicalización de la subjetividad; por otro lado, ningún dispositivo disciplinador, de control o de vigilancia actúa sin la participación y agenciamiento de los sujetos involucrados. De la misma forma y desde otra perspectiva complementaria, la incorporación de ideologías y valores vinculados al campo científico y a los saberes médicos no sucede sin la reinención de los usos de esos dispositivos y de los sentidos de esos usos.

Como señalé más arriba, es bastante común que las personas incluyan en su itinerario terapéutico, paralelamente al tratamiento medicamentoso, otras formas de tratamiento, como las llamadas medicinas alternativas o no convencionales (tés, fitoterapias, prácticas corporales, meditación, etcétera)¹⁴ y las curas rituales o religiosas¹⁵, sin que necesariamente signifique contraponer modelos. Más allá de eso, existe un alto grado de manipulación en la ingesta y en el consumo de esos medicamentos, es decir, de la receta médica: muchas personas manipulan la dosis y el momento de tomar el medicamento; otros reciben la receta, buscan el medicamento en la unidad de salud y

¹⁴ Aquello que la OMS llamó “medicinas complementarias”, denominación que debe ser utilizada con cuidado, pues no siempre aquello que es llamado complemento es solo un complemento de un tratamiento médico convencional.

¹⁵ Para Freud, la cura religiosa cumpliría un poco el papel de la “cura de la palabra” propuesta por el psicoanálisis. Pienso que, más allá de eso, la cura religiosa se produce en un cuadro de un conjunto de valores, visiones del mundo, etc., coherentes para los sujetos involucrados (Maluf 1996). Del mismo modo no hay proceso de análisis sin una cierta “creencia” por parte de los pacientes (Figueira 1988).

lo guardan en casa para ser usado en algún momento de crisis, o cuando es “necesario”, o para indicárselo y pasárselo a una vecina.

María Lúcia da Silveira (2004) también describe situaciones en que las mujeres sufrientes de los *nervios* manipulan positivamente esa situación en el sentido de aligerar el peso del trabajo doméstico y de las relaciones intra-familiares con el marido y los hijos, muchas veces cargadas de tensiones y conflictos en donde no es raro la violencia.

El abordaje etnográfico de las experiencias sociales de estos sujetos introduce una dimensión muchas veces no reconocida y no tenida en cuenta en el proceso de elaboración de las políticas públicas y programas gubernamentales en salud. Mucho más aún, por ejemplo, lo que algunos programas definen como momentos de “mayor vulnerabilidad” de las mujeres ligados al ciclo biológico reproductivo, en nuestro trabajo de campo aparecen como relatos y narrativas de experiencias de otro orden, social, político, simbólico, ligados a contextos tanto locales como socio-históricos-culturales más amplios que nos pueden decir mucho sobre las aflicciones contemporáneas y sus configuraciones de género.

Bibliografia

- Aguiar, Adriano Amaral de (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Birman, Joel (2007). “A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura” en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 4(2), 529-542.
- Canguilhem, George (2000). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Cardoso, Marina (1999). *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Carlos: FAPESP/Ed. UFSCar.
- Costa, Jurandir Freire (1989). *Psicanálise e contexto social: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- Duarte, Luiz Fernando Dias (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq.
- Duarte, Luiz Fernando Dias (1984). “A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?” en Alves, Paulo Cesar y Minayo, Maria Cecília de S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Figueira, Sérvulo (1985). “Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais” en Figueira, Sérvulo (org.) *A cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 7-13.
- Figueira, Sérvulo (1988). “Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica” en Figueira, Sérvulo (org.) *Efeito Psi. A influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 131-149.
- Langdon, Esther-Jean (s/d). *A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica*. Mimeo.
- Maluf, Sônia Weidner (1996). *Les enfants du Verseau au pays des terreiros les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au Sud du Brésil*. Tesis de Doctorado en Antropología Social y Etnología. Paris: EHESS.
- Maluf, Sônia Weidner (2009). “Sofrimento, saúde mental e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero” en Tornquist, Carmen Susana et all. *Leituras de resistência: corpo, violência e opder. Vol. II*. Florianópolis: Mulheres, 145-163.

- Maluf, Sônia Weidner (2010). “Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais” en Maluf, Sônia Weidner y Tornquist, Carmen Susana (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 21-67.
- Marx, Karl (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo Editorial. Primera edición en Brasil.
- Porter, Roy (1993). “Expressando sua enfermidade: a linguagem da doença na Inglaterra georgiana” en Burke, Peter y Porter, Roy (orgs.). *Linguagem, Indivíduo e Sociedade* (orgs.). São Paulo: Editora da UNESP, 365-394.
- Rohden, Fabíola (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ropa, Daniela y Duarte, Luis Fernando Dias (1985). “Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras” en Figueira, Sérvulo (org.) *A cultura da psicanálise*. Sao Paulo: Brasiliense, 178-201.
- Silveira, Maria Lúcia (2004). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Spivak, Gayatri (2003). *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: EdUFMG.
- Tornquist, Carmen Susana et ál. (2009). *Leituras de resistência: corpo, violência e opder*, Vol. II. Florianópolis: Mulheres.

Sobre l@s autor@s

Lucía Ariza es Doctora en Sociología de la Goldsmiths - Department of Sociology, University of London. Magister en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural de la Universidad Nacional de General San Martín y del Instituto de Altos Estudios Sociales. Ha participado de varios proyectos de investigación, entre los cuales el proyecto “Barreras a la anticoncepción de emergencia” (Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de Argentina, bajo la dirección del Dr. Mario Pecheny) recibió el Premio ISALUD 2009. Fue becaria Doctoral del CONICET y del Alþan Doctoral Scholarship, European Union. Sus líneas de investigación están centradas en las técnicas de fertilización asistida, tecnologías y género. Publicó capítulos de libros en varias compilaciones argentinas.

Berenice Bento es Magister y Doctora en Sociología por la Universidad de Brasilia. Comenzó su investigación doctoral en 1999 en el Hospital de Clínicas de Goiânia en el marco del "Projeto Transsexualismo". Es Profesora Adjunta Exclusiva en la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, y vicecoordinadora del Pós Grado en Ciencias Sociales. Es editora de la Revista CRNOS/UFRN. Es coordinadora de la Unidad Académica del Núcleo Tirésias (Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Diversidade Sexual, Gênero e Direitos Humanos). Fue becaria de la Fundación Carolina, estableciendo trabajos conjuntos con la Universidad de Barcelona. Sus proyectos de investigación han contando con el apoyo de la CNPQ (Conselho Nacional de Pesquisa) de Brasil. En el año 2011, recibió el Premio Nacional de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República de Brasil. Su trayectoria en investigación está vinculada a los temas sobre derechos humanos, salud pública y transexualidad, género y sexualidad y homoparentalidades/homofobia social. Sus líneas actuales de pesquisa son sobre conflictividades, dinámicas sociales y subjetividades. Tiene más de cuarenta artículos y capítulos de libros publicados en revistas latinoamericanas y europeas. Es

autora de *O que é transexualidade. São Paulo* (2008) y *A (re) invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual* (2006).

Agustina Cepeda es Profesora y Licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata y Doctoranda en Ciencias Sociales del Programa de Doctorado del Instituto de Desarrollo Económico y Social y la Universidad Nacional General Sarmiento. Fue becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Es docente regular del Departamento de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Integra el Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades del Centro de Estudios Históricos de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Es codirectora del proyecto de Investigación "Análisis desde una perspectiva de género y desde la genealogía de la profesión: la percepción sobre las CYMAT en la enfermería que se ejerce en instituciones de salud pública" dependiente de la Secretaria de Investigación de la UNMDP. Ha coordinado proyectos de investigación en el marco del Proyecto Jóvenes y Memoria de la Comisión Provincial por la Memoria. Ha sido becaria de iniciación y de formación superior de la Universidad Nacional de Mar del Plata y ha realizado estadias de investigación-docencia en la Universidad de Nanterre, París. Sus líneas de investigación están vinculadas a la historia del aborto, derechos reproductivos, medicina y justicia en Argentina. Ha publicado trabajos sobre estos temas en libros y en revistas científicas nacionales e internacionales. *De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y sexualidades en Argentina y Brasil* (2012) es su primer trabajo de compilación junto con Cecilia Rustoyburu.

Yolanda Eraso es doctora en History of Medicine from Oxford Brookes University. Es Research Associate del Centre for Health, Medicine & Society: Past and Present, Oxford Brookes University. Es Associate Lecturer del Department of Clinical Healthcare, Faculty of Life Sciences, Oxford Brookes University. Fue miembro del Programme Development Team of the Interdisciplinary MSc in Cancer Studies, 2009-2010. Sus líneas de investigación son sobre salud, medicina y sociedad en

Latinoamérica contemporánea. Ha desarrollado estudios sobre la historia del cáncer femenino desde una perspectiva de género. Es autora de varios artículos publicados en revistas internacionales y de los libros *Representing Argentinian Mothers. Medicine and Culture in the First Half of the Twentieth Century*, *Mujeres y Asistencia Social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*.

Karina Felitti es Doctora en Historia de la Universidad Buenos Aires. Es Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Argentina (CONICET) en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Es Profesora adjunta del Seminario anual de Tesis de la Carrera de Historia “Género y sexualidades en la Argentina del Siglo XX. Temas, debates y propuestas”. Es integrante del Grupo de Trabajo de Religión y Sociedad en la Argentina Contemporánea RELIGAR del Instituto de Historia Argentina y Americana “Dr. Emilio Ravignani” de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires e Integrante de la Red Iberoamericana por las Libertades Laicas del Colegio Mexiquense - Colegio de México. Sus líneas de investigación son sobre estudios de género, sexualidades, derechos reproductivos y sexuales en América Latina; y religión, sexualidad y política. Fue becaria del CONICET, de la Fundación Carolina, del State Department U.S./Comisión Fulbright y de la Fundación Ford. Es autora de *La revolución de la píldora. Sexualidades y política en la Argentina de los años sesenta* (2012) y *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (2011); con Valeria Manzano e Isabella Cosse, *Los sesenta de otra manera. Vida cotidiana, género y sexualidades en la Argentina* (2010); con Silvia Elizalde y Graciela Queirolo, *Género y sexualidades en las tramas del saber. Revisiones y propuestas* (2009). Es autora de más de 30 artículos y capítulos de libros en publicaciones nacionales e internacionales.

Mónica Gogna es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Ha obtenido el Diploma Superior en Ciencias Sociales en FLACSO/Buenos Aires. Es Investigadora

Independiente del CONICET en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Es Investigadora Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Es docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud del CEDES-FLACSO de Argentina. Ha sido profesora invitada en cursos de posgrado en diversas universidades nacionales públicas y privadas. Es integrante de la Comisión ad hoc de Sociología y Demografía del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), de la Comisión de Nupcialidad y Reproducción de la Asociación Argentina de Estudios de Población (AEPa), del Foro por los Derechos Reproductivos (1995-2003) y de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH). En 2001, recibió el premio Social Sciences Career Development Fellowship, otorgado por la Organización Mundial de la Salud. Se ha desempeñado como consultora de la OPS, la OMS, Unicef y el FNUP/EAT. Ha publicado numerosos trabajos sobre temas de salud sexual y reproductiva y género en revistas especializadas del país y del exterior y es co-autora de *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: una transición* (2005), *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para las políticas públicas* (2005), *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad* (1997), *Feminidades y masculinidades: estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia* (2000).

Daniel Jones es Doctor en Ciencias Sociales y Licenciado en Ciencia Política por la Universidad de Buenos Aires. Desde 2010 es investigador del CONICET, con sede en el Instituto Gino Germani. Participa del Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) y de proyectos nacionales e internacionales, en el marco del Área de Salud y Población. Es docente regular de Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales en la carrera de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Ha sido becario de estímulo UBACYT (2000-2002), doctoral (2003-2008) y posdoctoral (2009-2010) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Trabaja temas de sexualidad, adolescentes y, más recientemente,

religión y política, sobre los que ha publicado artículos y capítulos de libros y es autor de *Sexualidades adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina contemporánea* (2010) y coautor de *Sexualidad, Ciencia y Profesión en América Latina. El campo de la Sexología en la Argentina* (2011), *Sexualidades y ciencias sociales: textos fundamentales* (2010) y *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina* (2010).

María Paula Lehner es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires y Máster en Estudios Especializados en Sociología, Orientación Familia, Género y Políticas Sociales por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha realizado estudios de Postgrado en Métodos y Técnicas para el Estudio de la Población, en el Centro de Estudios Demográficos de la ciudad de Barcelona. Es Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como Auxiliar de investigación del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Es Jefa de Trabajos Prácticos en la Carrera de Sociología de Universidad de Buenos Aires y Profesora Adjunta en la Licenciatura en Sociología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Fue becaria de del Programa de centros asociados para el fortalecimiento de los postgrados Argentina – Brasil. Secretaria de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación Argentina, CAPES, Brasil. Misión de estudios en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estadual do Río de Janeiro en el año 2009. Sus temas de investigación están relacionados con la población y el género, la sociología de la familia y la fecundidad. Es autora de más de 20 artículos y capítulos de libros en Argentina e Iberoamérica.

Sonia Weidner Maluf es Doctora en Antropología y Etnología del Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales de la EHESS (Paris, Francia). Realizó una estadía pos-doctoral en el Gender Institute – London School of Economics and Political Science. Es Profesora Asociada exclusiva de la Universidade Federal de Santa Catarina en el Centro de Filosofia e Ciências Humanas del Departamento de Antropologia. Es miembro del Comitê Gestor

do Instituto Brasil Plural, del Comitê Editorial Executivo da Revista de Estudos Feministas y coordinadora del Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES). Sus proyectos de investigación han contando con el apoyo del Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) de Brasil. Actualmente se encuentra desarrollando el proyecto “Cuidados de si e políticas da vida: políticas públicas e experiências sociais no campo da saúde e cidadania no Brasil”. Sus líneas de investigación son sobre antropología de la religión, de la salud, estudios feministas y de género. Ha publicado más de 40 artículos y capítulos en revistas nacionales e internacionales. Es autora de los libros *Les enfants du Verseau au pays des terreiros: les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au Sud du Brasil* (1998) y *Encontros Noturnos. Bruxas e Bruxarias na Lagoa da Conceição* (1993), con Carmen Susana Tornquist *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (2010).

Fabiola Rohden es Doctora en Antropología Social de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio De Janeiro, Brasil). Es investigadora asociada del Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – CLAM, donde desarrolla el proyecto de investigación sobre sexualidad, ciencia y profesión en América latina coordinado por Jane Ruso. Es Líder del grupo de pesquisa “Ciências na vida: Produção de conhecimento e articulações heterogêneas” del Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ). Es Profesora Adjunta Exclusiva de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Integra la Comisión Coordinadora del Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Desde 2002, es socia de la Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coeltiva (ABRASCO). Fue jefa del Departamento de Políticas e Instituciones de Salud del Instituto de Medicina Social de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Ha sido Becaria de Produtividade Del CNPQ. Sus líneas de investigación son sobre cuerpo, medicina, salud, sexualidad y género. Ha publicado más de cincuenta artículos y capítulos de libros en ediciones brasileñas y extranjeras. Es autora de *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* (2001), *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX* (2002) y coautora de *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de

Janeiro (2008), *Sexualidade, reprodução e saúde* (2009), *Os Desafios da transversalidade em uma experiência de formação on line: curso Género e Diversidade na Escola* (2008).

Cecilia Rustoyburu es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires y Licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Es becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Es docente regular del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Integra el Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades del Centro de Estudios Históricos de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Forma parte del UBACyT 2011-2014 “Historia cultural, sistemas regionales y memoria. El sistema ferroviario del NOA 1870 -1990: el ramal San Salvador de Jujuy – La Quiaca” dirigido por Ricardo Cicerchia. Ha coordinado proyectos de investigación en el marco del Proyecto Jóvenes y Memoria de la Comisión Provincial por la Memoria. Ha sido becaria de iniciación de la Universidad Nacional de Mar del Plata y doctoral del CONICET. Sus líneas de investigación están vinculadas a la construcción social de la infancia y las transformaciones familiares en relación con los saberes biomédicos y psi de la Nueva Pediatría. Ha publicado trabajos sobre estos temas en libros y en revistas científicas nacionales e internacionales. Con Norberto Álvarez y Graciela Zuppa ha publicado *Pasado y presente de la Mar del Plata Social* (2005), con Agustina Cepeda *De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y sexualidades en Argentina y Brasil* (2012).



Esta Publicación se terminó de imprimir
en el mes de Abril de 2014,
en la ciudad de Mar del Plata.
La presente edición consta de 300 ejemplares