

(Des) generizando las intervenciones en el campo de la salud. Despatriarcalizar, desheteronormativizar y descisexualizar

María Laura Viscardi¹

Género y salud. Algunas aproximaciones y tensiones

Desde una perspectiva transfeminista, interseccional y decolonial este trabajo se propone indagar en el campo de la salud las formas en las que se anudan género y salud y las formas en las que se producen y reproducen procesos en los que esta relación adquiere expresiones concretas.

Pombo (2012, 2019) advierte que a menudo se observa en el campo de la salud una inclusión despolitizada y reduccionista de la perspectiva de género. En este sentido la perspectiva de género como herramienta de análisis nos permite desnaturalizar y visibilizar prácticas históricas y socialmente construidas, las asimetrías que sostienen, interpelando el pensamiento hegemónico en salud basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. En vínculo con el campo de la salud, nos permite identificar intervenciones profesionales ancladas en prácticas y discursos ahistóricos y biologicistas que reproducen estereotipos de género, sexo y sexualidad. Por lo tanto, es una perspectiva que contribuye a reconocer no solo qué discursos y prácticas están presentes, sino también, cómo las tensionamos y cómo las disputamos. (Gelso y Viscardi, 2021)

La perspectiva de género en el campo de la salud busca problematizar específicamente las relaciones de poder, las jerarquías y los estereotipos socioculturales basados en las relaciones desiguales de género que producen profundas inequidades en salud. Es un marco clave para comprender cómo las diversidades entre los cuerpos sexuados se traducen en desigualdades sociales y en salud como producto de procesos históricos no esenciales. (Lenta, 2021, p.142)

Para reflexionar en torno a estos procesos recorreré brevemente dos categorías centrales: género y sistema sexo género. Partiré de entender al género como una categoría de análisis relacional, una construcción histórica, social y simbólica.

La categoría género(s) ha sido definida por un sin número de autores en diferentes campos de conocimiento, entre ellas Joan Scott (1986) la define como una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado, un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. En tanto elemento constitutivo de las relaciones

¹ FTS-UNLP mlviscardi@gmail.com

sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género comprende cuatro elementos interrelacionados: símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples, contrapuestas, los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas, las instituciones como el parentesco pero también la economía y la política, y finalmente refiere a un aspecto central del género como es la identidad subjetiva.

Gelso y Viscardi (2021) explican cómo en este punto son significativos los aportes de Judith Butler (2008) en torno a la noción de performatividad, ya que resultan centrales para dar cuenta de cómo devenimos sujetos generizados en tanto efecto de una producción discursiva y normativa que nos antecede. El género es entendido por la autora como una forma de hacer, una actividad incesante performada, realizada en un escenario constrictivo que proviene de los discursos y las normas que configuran el propio género.

Al respecto, advierte que esto solo existe dentro de un marco cultural que los significa y que “la diferencia sexual nunca es sencillamente una función de diferencias materiales que no estén de algún modo marcadas y formadas por las prácticas discursivas” (Butler, 2018, p. 17). La constitución de los sujetos generizados no es absoluta ni se da de una vez y para siempre: “La performatividad debe entenderse, no como un acto singular y deliberada, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (Butler; 2018, p.18). Así da cuenta de la compulsión, de la necesidad de repetir las normas que sostienen la matriz heterosexual. Es esta repetición la que pone en evidencia, al mismo tiempo, la fragilidad e inestabilidad de esos discursos y normas, existen resquicios para subvertirlas discursivamente, resignificadas y dar lugar a acciones de transformación de aquello que los discursos nombran.

Finalmente, Scott establece la relación entre género y poder, al decir que es una forma primaria de relaciones significantes de poder. El género es el campo primario desde el cual se articula el poder y por lo tanto encuentra allí su función legitimadora, la oposición binaria y el proceso social de relaciones de género forman parte del significado del propio poder y este se va a construir sobre las relaciones de género.

En salud, este sistema de orden se va a constituir a partir de la medicina científica en el siglo XVIII con la conformación del Estado Moderno y el surgimiento del capitalismo. Esta génesis de su constitución servirá a múltiples fines de control sobre los cuerpos, como una forma de biopolítica en distintos momentos históricos hasta la actualidad. Sobre estas diferencias, el pensamiento hegemónico en salud construirá sus propios parámetros de normalidad/anormalidad que ha operado como dispositivo de control sobre la pobreza, la locura y la sexualidad y lo va a hacer desde el cissexismo, el heterosexismo, el racismo, la gordofobia y el capacitismo.

Por su parte Gayle Rubin (1975) encuentra que el concepto de patriarcado es útil para señalar cómo la dominación masculina construye opresiones y, vinculado al sexismo, se impone como una forma de organización social, política y económica que se asienta en la idea de superioridad masculina sobre otras identidades de género, va a acuñar la expresión sistema

sexo-género como un concepto más abarcativo de la reciprocidad entre el orden sexual, económico y político que permite explicar en cada sociedad concreta como se construye la desigualdad de las mujeres. Define al sistema sexo género como el conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas son satisfechas.

Este concepto fue sumamente valioso para dar cuenta e identificar cómo la diferencia sexual sirve para la naturalización y el armado de construcciones culturales que sostienen el andamiaje que hace posible la subalternidad de las mujeres. Normas que se naturalizan como construcciones biológicas cuando en realidad son disposiciones a través de las cuales el sistema sexo genérico produce y reproduce las desigualdades entre los sexos. Siendo esta asimetría la que se constituye fuertemente como referencia normativa en los procesos de socialización diferencial y se traduce en lo que se denomina roles y estereotipos de género.

(Des) generizando las intervenciones en el campo de la salud

(Des) generizar las prácticas, discursos y representaciones en el campo de la salud es una invitación a generar procesos conceptuales, epistemológicos y políticos en tres sentidos principales: despatriarcalizar, desheteronormativizar y descisexualizar las intervenciones en salud.

Despatriarcalizar

Malena Lenta (2021) retoma a Joan Scott para explicar que el patriarcado es una forma particular de organizar el sistema de los géneros que supone una valoración de la diferencia sexual en donde se jerarquiza lo masculino frente a lo femenino y sanciona con especial dureza la disidencia corporal, sexual e identitaria.

El sistema de los géneros basados en el orden patriarcal involucra así: a) un modo preponderante de división sexual del trabajo (producción *versus* reproducción); b) una distribución de esferas sociales ancladas en el género (esfera pública *versus* esfera privada o doméstica); c) relaciones de poder y jerarquías, lo que supone diferencias de prestigio y legitimidad; d) relaciones de poder intragénero imbricadas con las relaciones de clase, étnicas y generacionales; e) la construcción de identidades de género hegemónicas que coinciden con otras dimensiones diferenciadoras, lo cual produce una identidad masculina anclada en el trabajo social, la provisión y la administración del poder, mientras que la identidad femenina supone el trabajo doméstico, la maternidad y el rol dependiente en la pareja; y f) la construcción de identidades sociales dominantes asociadas a las relaciones de poder en la sociedad (hétero-cis sobre LGTBIQ+, blanco propietario sobre negro-indígena-trabajador y adultos sobre niños, niñas y adolescentes). (Lenta, p.143)

El sistema de salud como herramienta utiliza el género, pero sin nombrarlo porque ahí reside su biologicismo, su ahistoricidad y su naturalización que son los dispositivos sobre los que se posiciona para establecer jerarquías de poder y opresión. Descisheteropatriarcalizar o descisexualizar el sistema de salud requiere que nos situemos en el campo específico para identificar y reflexionar en torno a las maneras en las que distintos sistemas y estructuras se articulan para configurar opresiones y exclusiones particulares.

Desbiologizar la salud de las mujeres y disidencias es una estrategia de despatriarcalización. Si partimos de la premisa de que existen diferencias binarias, naturales entre cis varones y cis mujeres probablemente las estemos creando en esa creencia en el sentido más material, literal y encarnado posible. Identificar los sesgos de género, los modos en que las mujeres, varones y personas LGTBIQNB+ perciben síntomas, transitan enfermedades, reconocen malestares, acceden a la atención en salud y producen prácticas vinculadas al cuidado de su salud-enfermedad, tienen consecuencias en perfiles diferenciales de morbimortalidad que resultan de la determinación social y expresan fuertes inequidades en el campo de la salud que, a su vez, se traducen en sesgos en el plano de la atención sanitaria.

Desnaturalizar determinismos en torno al cuerpo y a la salud, de qué manera escuchamos, qué lugar le damos a la narrativa de les usuaries y a la heteronorma. Desde qué lugar androcéntrico pensamos nuestras intervenciones. Hay dos prácticas paradigmáticas para pensar el androcentrismo: la medicalización de la salud reproductiva y la salud mental. Paul Preciado (2011) sostiene que, de todos los órganos del cuerpo, el útero ha sido históricamente objeto de una mayor expropiación política y económica. El útero en tanto cavidad potencialmente gestante no es un espacio privado sino un espacio biopolítico.

Desheteronormativizar

La heteronormatividad es un sistema de creencias que presenta las relaciones entre varón y mujer como el único modelo de relación sexual y afectiva válido. Esto limita a los seres humanos a sólo dos categorías complementarias: varón y mujer basada en la diferencia anatómica entre los sexos que excluye lo diferente.

Judith Butler (1993) denomina matriz heterosexual al modo discursivo/epistémico hegemónico de inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado, mediante un género estable que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad. Los discursos y normas de la matriz heterosexual definen lo esperable y lo normal, clasifican a las personas desde esos parámetros e incluso establecen “lo humano y lo inteligible”. De este modo, construyen identidades binarias (hombre o mujer) atravesadas por el mandato de la heterosexualidad y las entiende como las únicas posibles. Por tal razón Butler plantea que hay cuerpos que importan más que otros, hay cuerpos que entran dentro del campo de lo inteligible y otros que son expulsados al terreno ininteligible, de lo abyecto (2008).

En este sentido, la inteligibilidad de ciertos cuerpos hace posible que al mismo tiempo que se define lo propio, se excluye lo otro, es decir, aquello que no encaja dentro de lo percibido como varón-mujer o como masculino-femenino.

Es un sistema que distribuye discriminaciones a partir de la diferenciación entre personas hetero y no heterosexuales, un sistema que distribuye desigualmente exclusiones y privilegios basado en la creencia de que las personas hetero valen más que las no heterosexuales.

Ese sesgo también se condice con las barreras de acceso, implicadas en las características médico-hegemónicas del campo de la salud y heteropatriarcales que dan como resultado movimientos de exclusión y vulneración de derechos más marcados para las identidades disidentes que suelen encontrar obstáculos más profundos para llegar a los efectores de salud.

Para Val Flores:

Desheterosexualizar el conocimiento no solo es un trabajo teórico, es una tarea micropolítica de implicación sensorio-perceptiva al interferir y desarmar esas políticas del saber que nos hieren, una tentativa por desaprender las formas heterosexualizadas del pensar y sentir, entendiendo la normalidad como un problema histórico que se instituye como cotidianeidad en nuestros cuerpos y vidas. Su tarea crítica es tan capilar que se lleva en la sangre de nuestros pensamientos, en la afección de nuestra semiótica perceptiva, porque como procedimiento estético y político desheterosexualizar el saber implica desorganizar las microdictaduras cotidianas que masacran nuestros cuerpos. (2018, p.7)

La Ley de Identidad de Género, aprobada en 2012 en nuestro país, impulsa la autodeterminación de la persona y desestima todo peritaje psico-médico. Asimismo, la Ley nacional 26.657 de Salud Mental establece que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o la identidad sexual. En este sentido, la legislación argentina reconoce la importancia de la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades trans, travestis y no binarias y se orienta a desnaturalizar los esencialismos en torno a las identidades autopercebidas y las corporalidades.

Descisexualizar

El término cisexismo ha sido acuñado por varios autores (Radi, 2015; Serano, 2016; Millet, 2019) para dar cuenta de un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos, en suma, las vidas trans valen menos que los de las personas cis y a partir de esta idea arbitrar una distribución desigual de las violencias y privilegios.

An Millet (2018) nos propone pensar al cisexismo como una lente, una balanza, una cinta métrica o unos anteojos para leer el mundo: una herramienta para medir lo que vemos, lo que escuchamos, lo que olemos, lo que nos conmueve o nos desafía:

Con esa forma de entender el mundo, la salud ha objetivado a las personas trans, travestis y no binaries justificando prácticas intrusivas, violentas y exotizantes. Desde una perspectiva patologizante ha justificado que nos midan con miradas, con reglas, con jeringas, con balanzas, con preguntas. Ahora yo les pregunto: cada vez que el sistema de salud ignoró, desconoció o reprobó nuestra identidad, cada vez que nos llamaron a los gritos con un nombre distinto al nuestro en una sala de espera repleta de gente, cada vez que se rieron de nosotrxs, cada vez que nos ignoraron, nos subestimaron, nos maltrataron, cada vez que nos negaron la atención, ¿no se dieron cuenta de que de este lado del lente también se ve?. (Millet, p. 22)

Y propone tres estrategias descisexualizantes. La primera, abandonar el paradigma de la asunción del género ajeno, o sea dejar de asumir el género de las personas con las que nos encontramos, la segunda equiparar el uso de cis o trans cuando hablamos de otras personas, por ejemplo abandonar lo trans como único factor descriptivo porque si seguimos nombrando únicamente a las personas trans, seguiremos sosteniendo la marca de la otredad y lo cis se perpetuara como lo natural, lo obvio, lo que no hace falta nombrar, expresiones cotidianas en el sistema de salud: hay ahí viene la paciente trans, la travesti que está en la guardia, el cirujano gay, y por último cuestionar la idea sobre la falta de formación específica de los profesionales de la salud y proponer una perspectiva más amplia sobre el tema, identificando la multiplicidad de mensajes cisexista que recibimos en todo nuestro trayecto formativo.

Reflexiones finales

Para Val Flores:

desgenerizar no significa borrar de un plumazo las operatorias del género, sino que es una lenta pero urgente propuesta estética, política y afectiva de cuestionar las formas oficiales y naturalizadas de percibir, sentir y comprender los géneros. Se trata de desconfiscar mediante gestos y tácticas, astucias y maniobras los modos autorizados de las feminidades y masculinidades. (2018, p. 8)

Significa desarticular los discursos dominantes proponiendo una reinterpretación desde la disidencia sexual y sexo genérica, del punto neurálgico desde el que es interpretado este sistema de valores que naturaliza la segregación por sexo, entendiendo al sexo desde la idea biomédica de un conjunto de cromosomas, gónadas y genitales como si se tratara de una descripción neutral de ciertos parámetros biomédicos conectados linealmente con ciertas condiciones y habilidades.

Situar los atravesamientos epistemológicos, conceptuales y políticos desde la perspectiva de género en vínculo con las intervenciones, significa incorporarnos en esta reflexividad: cuando pensamos a los otros, nos estamos pensando a nosotres mismas. La tarea que nos queda es comenzar un proceso de despatriarcalizar, desheteronormativizar, descisexualizar y decolonizar nuestras prácticas en el campo de la salud, entendiendo que género, sexo y sexualidad son también construcciones coloniales y que las relaciones que se conformaron en

el proceso de colonización permanecen y expresan una relación inseparable, histórica y estructural entre capitalismo, racismo y cisheteropatriarcado. Las violencias sexistas, racistas y clasistas atentan contra la reproducción vital, por lo cual se torna imperioso cuestionar nuestras prácticas en el campo de la salud para tomar una postura crítica, transfeminista e interseccional.

Referencias

- Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Flores, V. (2018). *Pedagogías del deseo. Desheterosexualizar el conocimiento o ¿es posible hacer de la danza una experiencia de (des) generización?* XI Congreso de Danzas, Educación-Diversidad-Escena. Escuela de Danzas Tradicionales Argentinas José Hernández.
- Gelso, E. y Viscardi, M. L. (2021). Salud y violencias por razones de género. Reflexiones en torno a las dimensiones centrales de los abordajes. En I. Colanzi (coord.), *Resistencias corazonadas y acuerpadas en salud mental. Intersecciones transfeministas y decoloniales para abordajes situados*. Liminal editora.
- Gutiérrez, N. (2020) ¿Ponerse en ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública. *ConCienciaSocial*, 4 (7).
- Lenta, M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 141-145. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/rutojra3f>
- Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Colección Justicia epistémica. Puntos suspensivos ediciones.
- Pombo, G. (2019). La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo. En: *Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate* (149-176).
- Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. En M. Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (p. 35–98). PUEGUNAM.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG.