

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 33 - dic. / dez. / dec. 2019 - pp.42-58 / Cano, V. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Imaginario sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización

Virginia Cano^{1 2}

> vcano878@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9974-491X

¹Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Buenos Aires, Argentina

²Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE-UBA)
Buenos Aires, Argentina

Copyright © 2019 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>

Resumen: El presente artículo se propone, siguiendo el método genealógico foucaultiano, analizar la eficacia productiva y la violencia normativa que constituye a la ginecología en una tecnología de hetero-cis-normalización que produce una distribución diferencial de la precariedad, afectando principalmente a corporalidades y modos de vida lesbianos (cis y trans), transmasculinos, no-binarixs, bi y pansexuales. Para desarrollar estas tesis recuperaré, en primer lugar, los desarrollos butlerianos en torno a la heterosexualidad obligatoria, las normas sexo-generizadas y la vulnerabilidad, para pensar, desde allí, a la ginecología como una técnica de precarización. En segundo lugar, y recuperando las tesis de Rohden, Cabral y Preciado, desarrollaré el modo en que la ginecología opera como una “prótesis de género” que organiza y disciplina cuerpos a partir de un sistema binario. Para concluir, sostendré siguiendo a Foucault que esto implica una especie de extraña “paradoja” para la ginecología, en la medida en que la imposición de su matriz hetero-cis-normativa redunde en una inducida, y sistemática, desatención y descuido de la salud ginecológica de las personas LGTB.

Palabras clave: ginecología; tecnología de normalización; heterosexualidad obligatoria; precaridad.

Imaginários sexuais e des/atenção médica: a ginecologia como dispositivo de hetero-cis-normalização.

Resumo: A partir do método genealógico foucaultiano, o presente artigo tem o intuito de analisar a eficácia produtiva e a violência normativa que configura a ginecologia como tecnologia de hetero-cis-normalização, produzindo uma distribuição diferencial da precariedade que afeta, principalmente as corporeidades e modos de vida lésbicos (cis e trans), transmasculinos, não-binarixs, bi e pansexuais. Para tal trarei à tona, em primeiro lugar, as análises butlerianas em torno da heterossexualidade compulsória, as normas sexo-generificadas e a vulnerabilidade para pensar a ginecologia como técnica de precarização. Em segundo lugar, e recuperando os supostos de Rhoden, Cabral e Preciado, desenvolverei os modos em que a ginecologia opera como uma “prótese de gênero” que organiza e disciplina corpos a partir de um sistema binário. Para concluir, e seguindo a Foucault, sustentarei a ideia que isso supõe uma espécie de estranho “paradoxo” para a ginecologia; uma desatenção induzida e sistemática e um desleixo da saúde ginecológica das pessoas LGTB.

Palavras-chave: ginecologia; tecnologia de normalização; heterossexualidade compulsória; precariedade.

Sexual Imaginaries and Medical In/Attention: Gynecology as Device for Hetero-Cis-Normalization

Abstract: This paper seeks to examine the productive effectiveness and normative violence of Gynecology, following Foucault’s genealogical method, in terms of a technology of hetero-cis-normalization that induces a differential distribution of precarity, affecting mainly lesbian (cis or trans), transmasculine, bi, non-binary and pansexual bodies and forms of life. In order to develop this analysis, I will first consider Butler’s developments on compulsive heterosexuality, sex and gender norms and vulnerability as a way of thinking Gynecology as a technic of precarity. Secondly, and following Rohden’s, Cabral’s and Preciado’s thoughts, I will argue that Gynecology operates as a “gender prosthesis” that organizes and discipline bodies through a binary system. Finally, and following Foucault, I will conclude that this implies a paradoxical situation for Gynecology, since its heteronormative matrix produces and induces a systematical inattention and carelessness of LGTB people.

Keywords: gynecology; technology of normalization; compulsory heterosexuality; precarity.

Imaginarios sexuales y des/atención médica:

La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización

La violencia inaugural de nuestra relación con las y los ginecólogos sigue intacta: todavía hay una primera pregunta acerca de cómo una se cuida y una pregunta que no llega nunca acerca de con quién una tiene sexo. Ahora algunas lesbianas vamos a los consultorios de ginecología para acceder a la reproducción asistida. Esto no modificó la actitud de las médicas y los médicos. Al contrario, se ha extendido el maltrato heterosexista y la incapacidad de hacer las preguntas correctas (Peralta, 2011).

Escena 1:

El médico ginecológico, al decirle que soy torta, me responde: “Ah, entonces seguís siendo virgen”.

Sí, claro, señor de guardapolvo.

Escena 2:

Sala de espera de varios consultorios. Mucha gente esperando. Sale ginecóloga y me llama por mi apellido. Cuando me pongo de pie, claramente mi imagen no feminizada la hace reforzar el concepto: “Montehermoso... Julieta”, dice ella.

A lo que respondí: “Sí, sí, conozco mi nombre.”

A lo que ella reforzó, aún sin poder asociar mi expresión de género a alguien que podría ir a su consulta: “Pero, pero, este es el servicio de ginecología”, casi a los gritos en plena sala.

Claramente esa consulta no terminó bien.

Escena 3:

En una consulta ginecológica, la médica me pregunta:

Médica: “¿tenés pareja estable?”

Yo: Sí.

Médica: ¿Tenés relaciones sexuales?

Yo: Sí.

Médica: ¿Sexo oral?

Yo: Sí.

Médica: “¿sexo anal?”

Yo: Sí.

Médica: ¿Usás protección para todo?

Yo: Para penetración sí, para sexo oral o tijeleta, no.

Médica (cara de no entender): ¿Tijequé?

Yo: Tijeleta, cuando dos mujeres frotan sus genitales entre sí.

Médica (callada, piensa, pasan unos segundos): Ahhhhhhh, ¿sos lesbiana entonces?

Yo: No (dejando espacio para que siga pensando)

Médica: (silencio)

Yo: ¿Sabe lo que es la bisexualidad, doctora?

Médica: Ahhhh, sí, claro, ahora entiendo...son swingers.

La negación de nuestras sexualidades no-hetero-cis-mono-normativas; la expulsión de nuestros cuerpos de los consultorios ginecológicos; el desconocimiento absoluto de las prácticas sexuales lesbianas, bisexuales, pansexuales, no-monógamas y, en términos generales, no-hetero-cis-normadas; y la violencia, verbal o física, son algunas de las escenas que vivimos habitualmente las lesbianas, los varones trans, las personas bisexuales, pansexuales y no-binaries, entre otrxs. Las tres escenas que dan inicio a este texto recuperan los testimonios de experiencias en el consultorio ginecológico y forman parte de la “Campaña en contra de las violencias ginecológicas” realizada por la Asamblea Lésbica Permanente (ALP), en el mes de mayo de 2017.¹ Las recupero en esta ocasión, siguiendo el espíritu de aquella campaña, porque capturan algunas de las “escenas” que se repiten –con pequeñas variaciones pero con sistematicidad– en las consultas ginecológicas, y que nos obligan a pensar el rol de esta disciplina médica en la re-producción de la hetero-cis-sexualidad obligatoria, así como en la precarización de nuestra atención médica.

¹ La ALP es un colectivo autogestivo lésbico (también referido en nuestro contexto local como “torta” o “tortillero”) que tiene actuación mayormente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, desde enero de 2017. El 28 de mayo del 2017, el Día internacional de Acción por la salud de las mujeres, lesbianas, trans y travestis, bajo el nombre “Relatos reales de TORTAS y BI sobre VIOLENCIA GINECOLÓGICA”, se lanzó esta campaña para pensar la violencia hétero-cis-normativa de la atención ginecológica. La misma recuperaba testimonios de lesbianas y bisexuales, de entre 20 y 40 años, de sectores medios y populares del área metropolitana, con el fin de visibilizar las violencias y deficiencias en la atención a las que somos sometidas las lesbianas y bisexuales, en calidad de usuarias del sistema de salud ginecológico, tanto público como privado. La campaña está disponible en: <http://goo.gl/v19R6c>. [Accedido 24.04.18]. Cabe señalar con Peralta (2007) la larga labor del activismo lésbico de denuncia y visibilización de la violencia normativa en la ginecología. El texto de Peralta está disponible en el blog Potencia Tortillera, Archivo documental digitalizado del activismo lésbico: <http://potenciatortillera.blogspot.com.ar/2011/05/maria-luisa-peralta.html>. [Accedido 21.04.18].

Estas escenas revelan algunas de las estrategias a través de las cuales nuestras sexualidades son sometidas a la invisibilización, la negación, la infantilización o la patologización; ponen el foco allí donde el dispositivo médico muestra una precarizadora ignorancia del saber ginecológico respecto de los modos de asistirnos e informarnos sobre nuestra salud; o donde directamente se nos expulsa deliberada y violentamente de sus lugares de atención. En ese sentido, el objetivo de este artículo consiste en mostrar, por un lado, el rol disciplinante del saber médico y, más específicamente, de la ginecología entendida como una “ciencia de la mujer”, que produce, controla y normaliza los cuerpos asignados al género femenino; a la vez que busca contribuir al análisis crítico de los presupuestos hetero-cis-normativos del saber médico, que redundan en una disminución de la atención médico-ginecológica para la población LGTB.

Por ello, tenemos que preguntarnos, ¿en qué medida la ginecología vehiculiza la salud y en qué medida se transforma en una tecnología de precarización-normalizadora? ¿A quiénes des/atiende y a quiénes des/cuida la ginecología? ¿Qué prácticas y qué cuerpos son considerados sexuales en su saber? ¿Cuál es la economía de los placeres y de los riesgos de esta disciplina del bio-tecno-poder? ¿Qué función cumple la ginecología en el dispositivo de hetero-cis-normalización? ¿Cuáles son las estrategias de este saber-poder ginecológico? ¿Qué lógica (*logos*) de la mujer (gineco) pone a rodar –y a operar– sobre nuestros cuerpos cuando asistimos (o no) a controles ginecológicos? ¿Qué nos pasa cuando vamos al ginecólogx? ¿Son todas las mujeres heterosexuales? ¿Y lxs ginecólogxs, son todxs ”pakis”?² ¿Van los varones a los consultorios ginecológicos? ¿Y las tortas? ¿Son las manos órganos sexuales? ¿Qué sabe la ginecología de *fistings* vaginales, dildos vibradores, lesbianas con penes y varones con conchas? ¿Cómo cogen las lesbianas? ¿Y lxs ginecólogxs? ¿Cómo intervienen los imaginarios (y fantasías) sexuales de lxs profesionales de la salud en nuestra atención sanitaria? ¿Qué no sabe el saber gineco-lógico? ¿Qué cuerpos y prácticas re/produce la ginecología? ¿Qué y a quienes escucha? ¿Qué lengua habla la lengua gineco-lógica?³

² “Paki” es el nombre con el que la comunidad de la disidencia sexual refiere a la “heterosexualidad”. En ese sentido, comporta una estrategia a nivel de las políticas discursivas para marcar aquello que suele presentarse como lo “sin marca”, y que suele ser el no-lugar desde el que se “ nombra” aquello que se presenta como “diferente”, “degradado”, “problemático”, “anormal”.

³ Estas preguntas recuperan la tarea que lanzara Espartiles, un espacio de articulación lésbica en Argentina, con su campaña del año 2006: “Cambiamos las preguntas. Campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud”. Esta campaña, al igual que la de la ALP, fue lanzada el 28 de mayo, y buscó contribuir a la atención digna de las lesbianas y bisexuales en los sistemas de salud. Disponible en: <http://potenciatortillera.blogspot.com.ar/2011/07/campana-cambiamos-las-preguntas.html> [Accedido 22.04.18].

Estas preguntas, los relatos biográficos y las experiencias de desatención ginecológica de muchxs de nosotrxs, las escenas constantes de normalización a través del dispositivo de hetero-normalización ginecológica, constituyen pequeños enclaves para pensar los efectos e ideales normativos que, para decirlo con Foucault, “colonizan” al saber ginecológico actual y contribuyen a la precarización de nuestras existencias sexo-disidentes. A continuación, me propongo revisitar, a través de los análisis de Judith Butler, Fabíola Rohden, Mauro Cabral, Michel Foucault y Paul Preciado, la eficacia productiva y la violencia normativa que constituye a la ginecología en un dispositivo de producción de mujeres cis y heterosexuales que distribuya, de modo diferencial y jerarquizado, la des/atención de nuestros cuerpos medicalizados. Sostendré que el dispositivo ginecológico hegemónico es una tecnología de precarización de corporalidades y modos de vida lésbicos, trans, bi y pansexuales, entre otros. Para desarrollar estas tesis recuperaré, en el primer apartado, los desarrollos butlerianos en torno a la heterosexualidad obligatoria, las normas sexo-generizadas y la producción diferencial de la precari(e)dad para pensar, desde allí, a la ginecología como una tecnología de distribución diferencial de la precari(e)dad. En el segundo apartado, y recuperando las tesis de Rohden, Cabral y Preciado, desarrollaré el modo en que la ginecología opera como una “prótesis de género”, que organiza y disciplina cuerpos a partir de un sistema binario que intenta imprimir sobre nuestros cuerpos y modos de vida.

Por último –y para concluir– esto implica una extraña paradoja para esta disciplina del bio-poder, en la medida en que la imposición de su matriz hetero-cis-normativa redunde en una inducida, y sistemática, desatención y descuido de nuestra salud ginecológica. Para decirlo con Foucault, cada vez que la ginecología expulsa o descuida la salud de las personas trans, bi, tortilleras,⁴ promiscuas, no-monógamas (y otros modos no normativos de vivir el placer y la sexualidad), es el poder de normalización el que ha “colonizado” al saber médico para transformarlo en una tecnología gineco-lógica, es decir, de producción de mujeres cis y heterosexuales.

Des/atención ginecológica y precari(e)dad

Esa heterosexualidad institucional exige y crea la univocidad de cada uno de los términos de género que determinan el límite de las posibilidades de los géneros dentro de un sistema de género binario y opuesto. Esta concepción del género no sólo presupone una relación causal entre sexo, género

⁴ “Tortillera” es un modo local de referirse a las lesbianas, y constituye una práctica de reapropiación discursiva del insulto.

y deseo: también señala que el deseo refleja o expresa al género y que el género refleja o expresa el deseo (Butler, 2007:80).

Butler (2006a) ha insistido en la eficacia productiva y la violencia normativa de la heterosexualidad obligatoria, esa que llevamos inscrita en nuestros cuerpos; esa que se articula y reproduce a partir de nuestras prácticas cotidianas, de las grandes instituciones y de los saberes legitimados; esa que se materializa en deseos, placeres y temores; esa de la que también (nos) fugamos. Basado en un sistema binario y opositivo de sexo-género, podemos decir, siguiendo a la norteamericana y a Foucault (1995), el dispositivo hetero-cis-normativo despliega una riqueza estratégica y una pluralidad de recursos que requiere de nuestra atención crítica. La inquietud ética, política y epistemológica respecto de la productividad normativa de la matriz heterosexual de inteligibilidad social –nos recuerda también la filósofa– se asienta en el modo en que ella impacta en –y produce– nuestras condiciones y posibilidades de vida. En este caso particular, la inquietud está puesta en el modo en que los ideales hetero-cis-normativos redundan en una jerarquizada y diferencial precarización de nuestros modos de vida lésbicos (cis y trans), no binarios, bi, pan y transmaculinos, de existencia.

La heterosexualidad obligatoria, explicita Butler (2006a; 2004; 2011), produce modos de vida más o menos vulnerables, más o menos in/vivibles, más o menos in/habitables. Según el modo de concordar con, o interrumpir, las normas sobre las que se asienta la heterosexualidad compulsiva, será la mayor o menor in/habitabilidad de nuestros cuerpos, de nuestros deseos, de nuestros modos de vida. Esto se traduce en cuestiones que van desde una mayor o menor expectativa de vida para determinadas poblaciones (como la población trans), hasta la falta de representaciones de modos de vida disidentes en los medios audiovisuales y la dificultad de las tortas masculinas (también entre otrxs sujetxs) para encontrar trabajo en el mercado formal laboral debido a su presentación de género.

El modo en que opera el dispositivo cis-hetero-normalizador requiere, por tanto, de un análisis crítico de sus efectos normativos, excluyentes y precarizadores, a la vez que una explicitación de sus recursos y estrategias. Pensar los modos en que la heterosexualidad obligatoria vuelve nuestras vidas más o menos vivibles, nos obliga a analizar las maneras en que este dispositivo de hetero-cis-normalización se ancla no sólo en nuestros cuerpos, sino en los distintos saberes, instituciones y prácticas en los que éstos participan, circulan, rehuyen y, en definitiva, en los que los cuerpos se moldean y producen. En esta ocasión, quisiera demorarme en el modo en que el saber médico, y más específicamente, la práctica ginecológica hegemónica, pueden ser entendidos como una pieza clave del violento y binario dispositivo de producción de varones y mujeres. Para decirlo en términos de los últimos desarrollos butlerianos (2006b; 2010a y 2015), nos urge reparar en el modo en que

el dispositivo gineco-lógico (re)produce ideales normativos hetero-cis-sexistas y contribuye así a una distribución diferencial de la precaridad (*precarity*) que afecta a los cuerpos con vulvas de modo diferencial; y que redundando en una disminución de la calidad de la atención médica para las lesbianas (Monteiro & Mora: 2010) y otros modos de vida, que desafían las normas del género y la sexualidad culturalmente instituidas. Esa precaridad, afirma la filósofa, está inequitativamente repartida, en la medida en que está sistemáticamente inducida por las condiciones políticas, sociales, institucionales, etc. que organizan nuestra vida social.⁵ Es, justamente, sobre la diferencial precaridad que produce la ginecología, en tanto dispositivo normalizador del saber bio-médico, que quisiera ahondar en esta ocasión.

Revisar el modo en que el dispositivo ginecológico produce una des/atención diferencial entre mujeres (más o menos) adecuadas a su saber, y otrxs sujetxs que no responden a sus matrices de inteligibilidad, es un modo de adentrarse en una de las tecnologías contemporáneas sobre las que se asienta y articula el dispositivo de hetero-cis-normalización. Para desmontar un enclave de su maquinaria, quisiera recuperar los principios normativos que, a juicio de Butler, rigen la matriz heteronormativa, y que nos permitirán articular una pieza clave de la gineco-logía. Según la autora, la heterosexualidad obligatoria opera por medio de la fijación de normas sexo-generizadas, que establecen y prescriben “relaciones de causalidad y expresividad” en torno a tres categorías identitarias fundamentales: el sexo, el género y el deseo. En términos de las conexiones causales de la lógica hetero-cis-normativa, el sexo se vincula causalmente con el género; el género se relaciona causalmente con el deseo y este último se traduce, a su vez, en determinadas prácticas sexuales. Visto desde la perspectiva de la expresividad, las prácticas y conductas sexuales deben corresponderse con un modo específico del deseo (el heterosexual), el deseo “expresa” un género y éste, un sexo. Así, a una persona con sexo “masculino” le corresponde el género “varón” y un deseo sexual hacia las mujeres, deseo que deberá verse expresado en algunas prácticas sexuales específicas. En términos gineco-lógicos: a un cuerpo con sexo “femenino” (portador de vagina) le corresponde el género “mujer”; y de las mujeres se espera, se proyecta, un deseo hetero-sexual hacia los varones, que se expresa también en determinadas prácticas sexuales. Esta correlación básica entre sexo, género, deseo y prácticas sexuales señalada por Butler es, precisamente,

⁵ Butler distingue entre una “precariedad” (*precariousness*), “más o menos existencial”, común a lxs sujetxs en tanto seres vivos y sociales vulnerables y dependientes de lxs otrxs, de una “precaridad” (*precarity*) “más específicamente política” que responde a una repartición diferencial e inducida de la vulnerabilidad (Butler, 2010b:16). Con el neologismo: precari(e)dad referimos a esa tensión entre una precariedad compartida, común e inerradicable, y la producción sistemática y políticamente inducida de poblaciones y colectivos más vulnerables que otros.

la ecuación básica que rige el saber y las prácticas ginecológicas hegemónicas, así como la distribución diferencial de su des/atención ginecológica.

Cada vez que unx ginecólogx asume que su paciente es virgen, o que no requiere de análisis básicos ginecológicos por ser lesbiana, es porque la matriz hetero-cis-normativa ha puesto a rodar su lógica binaria y opositiva. Cada vez que se desconocen, se deslegitiman, se infantilizan o se patologizan las prácticas sexuales pansexuales, sadomasoquistas, bisexuales y, en términos más generales, las prácticas y modos de vida sexo-disidentes, es la lengua de la cis-hetero-norma la que habla a través de la ginecología. Cada vez que unx ginecólogx le pregunta a una lesbiana o a una transmascunidad si no extraña o le duele la penetración, el profesional de la salud ha proyectado sus propios imaginarios hetero-normados sobre nuestros cuerpos. Cada vez que unx ginecólogx asume que ser madre es sinónimo de haber cursado un embarazo o de identificarse como una mujer, se refuerzan los ideales prescriptivos de la hetero-cis-sexualidad obligatoria. Cada vez que las lesbianas, los varones trans, las personas bi, pan y no binaries, entre otrxs, tememos ir al consultorio ginecológico debido al desconocimiento sistemático de nuestras preocupaciones y nuestras prácticas, o por el temor a ser patologizadx, o incluso agredidxs, es que el dispositivo de heteronormalización induce nuestra precaridad de modo diferencial y sistemático. Aquí es la violencia normativa del saber ginecomédico la que produce nuestras precaridades, es decir, una repartición inequitativa de vulnerabilidad inducida, diferencial y sistemática, para algunos colectivos y modos de vida. Señalar esta conexión entre el saber ginecológico y la matriz heterosexual es un modo de contribuir, por tanto, a la revisión crítica de los presupuestos binarios y normativos que redundan en una desatención médica para los colectivos LGTB.

Gineco-cabinas: el saber médico y la producción de mujeres (cis y heterosexuales)

Mientras hablo, yo sé que para mi cirujano formo parte de su pasado, de un pasado nebuloso de pacientes que van y vienen. Mientras yo viva él no podrá formar parte del mío: llevo las marcas de sus ideas sobre el género y la sexualidad grabadas en el cuerpo para siempre. Convivo con ellas todos los días, forman el paisaje cotidiano de mi piel, están ahí para ser explicadas cada vez que me desnudo, responden con el silencio a la insensibilidad que su práctica instaló en mi experiencia íntima de lo corporal (Cabral, 2009a:141).

La ginecología –y todo lo relacionado a la sexualidad y la reproducción de la mujer– se constituye como un conocimiento elaborado en base a la percepción de que las mujeres son distintas a los hombres. No hay nada similar en el caso de los hombres, o sea, una ciencia del hombre que tenga como punto de partida la diferencia entre ellos y las mujeres. (...) En realidad, esa ciencia podría, y hasta debería, existir. Por todo eso la cuestión en juego es una asimetría que se lleva a la práctica y apunta a una relación particular entre la medicina y la mujer, para una mejor medicalización del cuerpo femenino, en contraste con el masculino (Rohden, 2009:52. La traducción me pertenece).

Mauro Cabral ha insistido en la necesidad de desarrollar sistemas de atención médica que partan de “la crítica a los binarios genéricos que sostienen sólo dos formas posibles de encarnar masculinos y femeninos” (2009a:140) y que redundan en prácticas de violenta normalización sistemática. En sus análisis de los efectos violentos y normativos de la medicina en el tratamiento de niñxs intersexuales, Cabral resalta la importancia de distinguir “entre la necesidad médica y la angustia cultural” a la hora de pensar una atención basada en la autonomía de lxs sujetxs y en su derecho a acceder a información confiable. En sus reflexiones en torno a las prácticas de mutilación genital y de normalización corporal que opera la medicina en los cuerpos de niñxs intersexuales, el teórico y activista nos llama a reflexionar respecto de los modos en que este saber bio-médico opera bajo “el ideal regulativo de los cuerpos deseables y las vidas posibles” (2009a:135). Es necesario atender a los múltiples modos en que este saber médico inscribe sobre nuestros cuerpos sus ficciones sexuales, sus regulaciones de los modos de vida y sus ideales normativos, respecto del género y la sexualidad. La ginecología cumple, a este respecto, un rol crucial. Como lo señala Rohden, la misma opera un doble gesto: por un lado, se constituye a partir del siglo XIX en una “verdadera ciencia de la diferencia” (2009:14) y por el otro, desarrolla una peculiar y distintiva “ciencia de la mujer”, enfocada en la producción de esta diferencia sexual (que atribuye roles biológicos y sociales) sobre la base de un proceso de diferenciación y medicalización normalizante de los cuerpos femeninos (2009).

Siguiendo a Rohden, podemos decir que la ginecología es una pieza clave en el desarrollo del saber biomédico hetero-cis-normativo, en la medida en que instituye una ciencia legitimada en torno a las diferencias (biológicas y sociales) entre los varones y las mujeres. Mauro Cabral señala, a propósito del saber bio-médico, cómo “la penetrabilidad de niñas y mujeres ha constituido históricamente un rasgo esencial de su modo de ser en el género” (2009b:102). Esta identificación entre lo femenino y la penetrabilidad, prosigue, “sólo puede ocurrir si otra operación material y significativa tuvo lugar con anterioridad: la comprobación de que nada, pero nada, en ese cuerpo que será el de una mujer, competirá, será tomado, o confundido, con

un pene.” (2009b:102). Este principio de penetrabilidad-mujer, y de atribución exclusiva de la capacidad de penetrar a los penes-varones, rige muchas disciplinas del saber bio-médico, incluidas la cirugía y la ginecología, y signa nuestras experiencias de atención sanitaria, que escapan a los principios hetero-cis-normalizadores que rigen el saber y la práctica ginecológica. Los ideales normativos respecto de la feminidad y la masculinidad, que hacen a la capacidad de las mujeres de ser penetradas (sólo por un varón cis y hetero), condicionan no sólo los imaginarios sexuales que intervienen en la des/atención ginecológica, sino también la ausencia de información confiable respecto del cuidado que nuestros cuerpos, placeres y riesgos requieren. La insistencia en la “virginidad” o “no penetrabilidad” de aquellas que nos identificamos como lesbianas (entre otrxs) es un crudo reflejo del modo en que estos “códigos semiótico-técnicos” de la masculinidad y la feminidad (Preciado, 2008) cimentan las políticas del no-saber ginecológico. Esto, como señalábamos con Judith Butler, produce una distribución diferencial, sostenida e inducida, de la atención en las personas que no nos adecuamos a la hetero-cis-normalidad del saber y la práctica médica.

Siguiendo estas consideraciones, es necesario explicitar el modo en que la consulta ginecológica opera como una “tecnología de género” (Preciado, 2017; De Lauretis, 1987) y una máquina de precarización de la población LGTBI. Si, como sostiene Preciado (2017), los baños se han convertido progresivamente en “cabinas de vigilancia de género”, debido a que operan como instancias de producción y fijación de la diferencia sexual, lo mismo podemos afirmar respecto de los consultorios ginecológicos. En los baños, si queremos deshacernos de nuestros poco generizados desechos corporales, no sólo nos vemos interpeladxs (o más bien forzadxs) a elegir entre las dos puertas que resumen la dicotomía varón-mujer, sino que también, es muy probable que seamos sometidxs al escrutinio de lxs allí presentes. A una experiencia semejante nos enfrentamos las lesbianas, los varones trans, las mujeres bisexuales y otrxs cada vez que vamos a un consultorio ginecológico y tenemos, por lo pronto, que sobrevivir a la sala de espera y a la mirada muchas veces policial del profesional de la salud que nos tiene a su cargo. Los consultorios ginecológicos, junto a los baños públicos, forman parte de ese “conjunto de instituciones o de técnicas que, desde el derecho hasta el cine, desde la psiquiatría hasta la moda o los medios masivos de comunicación, producen la verdad de la masculinidad y la feminidad” (Preciado, 2017)⁶. Pensar a la ginecología como una tecnología de género significa pensar tanto su inscripción

⁶ Preciado recupera para estos desarrollos las tesis de Teresa de Lauretis en torno a las “tecnologías de género”, que a su vez re-escriben los planteos foucaultianos sobre las “tecnologías del sexo”. Véase De Lauretis, 1987.

genealógica en las ciencias coloniales de la diferencia sexual, como el modo en que el saber ginecológico actúa en su práctica cotidiana como un dispositivo de producción y normalización de mujeres cis-heterosexuales. El saber-poder ginecológico es gineco-productivo, y se pone por tanto al servicio de la re-producción –y reaseguro– de “mujeres normales”.

Son las normas de género, los principios de inteligibilidad que organizan nuestros cuerpos de manera hetero-cis-sexista, las que tipifican (y tratan a) los cuerpos a partir de su clasificación en varones o mujeres. Son esas normas también las que regulan el régimen de verdad gineco-lógico. Así, la identificación entre penetrabilidad-pasividad-femenina ordena una lógica dual y diferencial que vuelve a determinadas prácticas sexuales, deseos y modos de vida, ininteligibles o patologizables para el saber y la práctica ginecológica. Los testimonios recogidos en la campaña de la ALP, así como las experiencias compartidas en nuestras comunidades sexo-corpo-disidentes, dan cuenta de las múltiples maneras a través de las cuales el dispositivo ginecológico opera un proceso de normalización de las mujeres, y la exclusión hostil de otras identidades y modos de vida. Siguiendo a Foucault (1995 [1975]), podríamos distinguir al menos tres grandes conjuntos estratégicos básicos a través de los cuales opera el poder gineco-normalizador. Cabe entonces destacar: I. La presunción de cis-hetero-sexualidad que gobierna la práctica ginecológica hegemónica; II. La invisibilización, infantilización, moralización o patologización de las sexualidades no hetero-mono-normadas; y III. La violencia simbólica, verbal o física de lxs profesionales de la salud ginecológica hacia sus pacientes cada vez que desafían los principios hetero-cissexistas de sus saberes. Estas estrategias, desde ya, se entrelazan y mixturán, pero su distinción analítica sirve para señalar algunas de las coordenadas básicas sobre las que se asienta el dispositivo de gineco-normalización.

La asunción de hetero-cis-sexualidad es, efectivamente, un pilar de la heterosexualidad compulsiva, que no sólo asume que los sujetos son siempre y exclusivamente varones o mujeres cissexuales, sino que también son (o deberían ser) heterosexuales y, por tanto, su deseo se “dirige” (o debería dirigirse) al sexo-género “opuesto” y “complementario”. Las “paki-ecuaciones”, podríamos llamarlas, que sostienen –y prescriben– la gineco-logía normalizadora son las siguientes: i. “Mujer = cuerpo con vagina penetrable = mujer heterosexual = mujer cissexual = performance/presentación de género femenina”; ii. “Relaciones sexuales = relaciones heterosexuales = relaciones reproductivas = relaciones normales”; y iii. “Pacientes de ginecología = mujeres cis heterosexuales = únicos sujetxs respecto de los cuales el dispositivo ginecológico asume responsabilidad/legitimidad”. Ya sea a través de la asunción de la hetero-cis-sexualidad de quienes consultan a unx ginecólogx, la presunción de que toda maternidad es una maternidad biológica, o el no recono-

cimiento de otras prácticas sexuales como tales, el dispositivo gineco-lógico identifica a las mujeres con un sexo específico –el femenino– y asume que sus únicos pacientes legítimos, o al menos aquellos respecto de los cuales su saber puede dar cuenta o tiene una responsabilidad, son las mujeres cis-heterosexuales.

Esta operatoria se conjuga, y muchas veces se monta, sobre la tecnología de in/hiper/visibilización de las sexualidades lesbianas, pansexuales, trans, o disidentes a través de la negación, la infantilización, la moralización o la patologización de nuestras prácticas sexuales y modos de vida erótico-afectivos. Las sexualidades no-normativas son muchas veces “leídas” como inexistentes por el saber médico, en la medida en que no se las reconoce como “propiamente sexuales”, o porque directamente escapan a la imaginación del profesional de turno. Esta tecnología de invisibilización se articula con las muchas veces hiper-visibilidad a la que se someten nuestros cuerpos, nuestras vidas íntimas y nuestras prácticas sexuales. Así, en ocasiones, en lugar de negar nuestras sexualidades, se las infantiliza o se las estigmatiza caracterizándolas como “perversas” o “patológicas”. Otras veces son impugnadas moralmente so pretexto de “promiscuas”, “desviadas” o “anormales”. Para expresarlo en una nueva “paki-ecuación”, para el saber y la práctica ginecológica: “Relaciones sexuales = penetración pene-vagina = prácticas normales, sanas y esperables”, y “Varón = pene = único dispositivo de penetración legítimo o propiamente sexual”.

Por último, es necesario reparar en la enorme violencia simbólica, verbal y física que sufrimos las lesbianas, personas trans, no binaries y otrxs cuando asistimos al ginecólogx. Es notoria la insistencia, en los testimonios y las experiencias compartidas, sobre las miradas reprobatorias, los comentarios censuradores o acosadores, la violencia incluso física en exámenes como el “pap” o la realización de un tacto vaginal, e incluso la expulsión directa del espacio del consultorio. Éstas constituyen las prácticas más violentas y expulsivas del dispositivo de gineco-normalización. Y son las que redundan muchas veces en el abandono de los cuidados y atenciones ginecológicas.

Estas paki-ecuaciones, como he dado en llamarlas, regulan el régimen de verdad gineco-lógico y se traducen, muchas veces, en una simple y preocupante ignorancia por parte del saber médico para atender, de modo idóneo, responsable y con información confiable, a aquellxs que requieren de su asistencia y de sus saberes. La falta de información de una parte importante de lxs profesionales ginecológicos respecto de cuidados sexuales para aquellas prácticas que rompan con “la escena heterosexual” de un varón-cis teniendo relaciones sexuales (monógamas) con una mujer-cis, constituyen los límites epistemológicos de su disciplina y de su práctica. Así, el saber ginecológico habla la lengua de la heterosexualidad compulsiva, y se imprime sobre nuestros cuerpos e induce nuestra precaridad.

La paradoja del dispositivo ginecológico: desatención y responsabilidad ética

De hecho, a través de toda la sociedad moderna, cierto tipo de poder –ni médico, ni judicial, sino otro– logró colonizar y reprimir el saber médico y el poder judicial; [...] Este surgimiento del poder de normalización, la manera en que se formó e instaló, sin buscar jamás apoyo en una sola institución, sino gracias al juego que consiguió establecer entre diferentes instituciones, extendió su soberanía en nuestra sociedad; esto es lo que querría estudiar. (Foucault, 2006[1975]:38).

Foucault dedica las lecciones recogidas en *Los anormales* a elucidar el modo en que la psicopatología, la pericia psiquiátrica y, en términos generales, los saberes médico y jurídico se convirtieron en tecnologías de normalización y disciplinamiento de los cuerpos, los placeres y los modos de vida. En este mismo sentido, podemos sostener que el saber ginecológico opera como un dispositivo de gineco-normalización, asentado en la ya explicitada lógica binaria y dicotómica. El resultado, como lo aventurara el francés, es la “colonización” de la ginecología por parte del poder de (hetero-cis)normalización. Así es como podemos entender la des/atención ginecológica: como “una represión” del saber médico que sostiene velar por la salud de sus pacientes y acaba convirtiéndose en una tecnología de normalización-precarizadora. El resultado es una extraña paradoja del dispositivo ginecológico: induce sobre sus pacientes una precaridad sanitaria, en vistas a sostener –y reforzar– la producción normativa de mujeres cis y heterosexuales. No vamos al ginecólogx (sólo) para cuidar de nuestra salud: allí –también– vamos a re-hacer nuestro género.

La ginecología entendida ahora como una tecnología de hetero-cis-normalización se nos revela, más que ocupada en democratizar y cultivar la atención sanitaria y la circulación de información útil para sus pacientes, como un dispositivo destinado a (re)producir –y atender a– los cuerpos de mujeres cis y heterosexuales que entablan prácticas erótico-afectivas presuntamente monogámicas. “Colonizada y reprimida” por el poder de normalización, la ginecología se nos revela como un saber que redundante en des/atención sanitaria para algunxs de lxs que recurren a sus servicios y saberes. Esto provoca, como ya señalé, una distribución diferencial de los cuidados en salud ginecológica. El dispositivo ginecológico participa así de una política del no-saber, donde la información es insuficiente (por ejemplo, respecto de cuidados de enfermedades de transmisión sexual ETS) y la desinformación es sistemática (por ejemplo, de las prácticas sexuales que entablan las lesbianas, varones trans, personas bisexuales, no-monogámicxs o sado-masquistxs, por mencionar sólo algunxs) y con efectos precarizadores. En este punto, cabe interpelar a la comunidad médica

y a su responsabilidad –y deseo– de visitar críticamente sus propios saberes, sus miopías y sus limitaciones. He allí una responsabilidad ético-epistemológica indeclinable.

* * *

La articulación entre el dispositivo hetero-cis-normalizador y el saber médico-ginecológico acaba por imponer e inscribir en nuestros cuerpos sus ideales prescriptivos respecto del sexo, el género y la sexualidad, a costas de invisibilizar nuestras existencias y de precarizar nuestra atención sanitaria. Es una responsabilidad ética indeclinable de la comunidad médica y sus profesionales, ampliar sus saberes y revisar sus prácticas en materia de atención ginecológica. Revisar los modos en que los presupuestos normativos en relación a la feminidad y la masculinidad redundan en políticas, de desconocimiento y precarización de muchxs de nosotrxs, parece ser una tarea que la ginecología (junto con otras disciplinas de la medicina) debe enfrentar si quiere ser, más que una tecnología gineco-normativa, una instancia de promoción de la salud y de democratización de información confiable. Visitar sus propios libretos culturales en torno a la feminidad y la masculinidad es un paso fundamental a la hora de mejorar la calidad en la atención médica a las personas LGTTTB, así como desafiar los umbrales de su propia docta ignorancia.

La des/atención médica que el sistema ginecológico distribuye de manera diferencial sólo se puede desarticular a costas de la revisión auto-crítica de los presupuestos hetero-cis-normativo que rigen la práctica del dispositivo gineco-lógico. Ampliar la imaginación más allá de la expectativa siempre normativa de una coherencia entre el género, el sexo y el deseo puede ser un desafío para los saberes médicos actuales; al igual que lo es pensar en una práctica de atención médica que no proyecte sus ideales regulativos en torno al género y el sexo en nuestros cuerpos, en nuestras identidades y en nuestro derecho de acceder a una atención sanitaria de calidad. Desbaratar los límites hetero-cis-normativos del saber ginecológico no sólo es importante en términos de la desarticulación de la histórica alianza entre los poderes de normalización y las instituciones del saber legitimado en la producción jerarquizada de los cuerpos y los modos de vida. También comporta un desafío para la epistemología colonial que rige las ciencias médicas: es necesario escuchar y aprender, de las experiencias y los saberes que provienen de las comunidades LGTBI; atender a los límites del propio discurso de verdad; dar lugar al diálogo productivo con los conocimientos que no forman parte del canon de los saberes institucionalizados; y más aún, asumir su propia ignorancia, los límites de su propio saber, e incluso, su voluntad de no-saber. Quizás sea por

esto que desafiar los límites hetero-cis-normativos de la ciencia ginecológica se parezca bastante a pensar el fin de esta “ciencia de la mujer”, y del sostenimiento siempre jerarquizado de una diferencia sexual esencial, biológica, o natural.

Recibido: 07/03/2018
Aceptado para publicación: 09/09/2019

Referencias bibliográficas

- BUTLER, Judith. 2004. *Undoing Gender*. 1ª ed. New York-London: Routledge. 288 p.
- BUTLER, Judith. 2006a. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge. 272 p.
- BUTLER, Judith. 2006b. *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. London-New York: Verso. 168 p.
- BUTLER, Judith. 2007. *El género en disputa*. Barcelona: Paidós. 316 p.
- BUTLER, Judith. 2010a. *Frames of War: When is Life Grievable?* London-New York: Verso. 224 p.
- BUTLER, Judith. 2010b. *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós. 262 p.
- BUTLER, Judith. 2011. *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of "Sex"*. New York: Routledge. 226 p.
- BUTLER, Judith. 2015. *Notes toward a Performative Theory of Assembly*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 256 p.
- CABRAL, Mauro. 2009a. "Pensar la intersexualidad, hoy". En: MAFFIA, Diana (comp.). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. 1ª ed. Buenos Aires: Librería de mujeres editora. 159 p.
- CABRAL, Mauro. 2009b. "Como la que más" En: CABRAL, Mauro (ed.) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. 1ª ed. Córdoba: Anarrés. 171 p.
- DE LAURETIS, Teresa. 1987. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Estados Unidos: Indiana University Press. 153 pp.
- FOUCAULT, Michel. 1995 [1976]. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Buenos Aires: F.C.E. 152 p.
- FOUCAULT, Michel. 2006 [1975]. *Los anormales*. Buenos Aires: F.C.E. 344 pp.
- MONTEIRO, Simone & MORA, Claudia. 2010. "Homoerotismo femenino, identidad y salud sexual entre frecuentadoras de espacios de sociabilidad juvenil en Río de Janeiro". *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. 2010, n° 5, pp.74-96.
- PERALTA, María Luisa. 2011. "Vida, sexo, muerte: invisibilidades y violencias contra las lesbianas". En: *29ª Jornada Feminista de Mujeres: Representaciones de la Violencia de Género: Análisis, Críticas y Propuestas*. Buenos Aires: ATEM, 21 de mayo de 2011.
- PRECIADO, Paul. 2008. *Testo yonki*. 1ª ed. Madrid: Espasa Calpe. 324 p.
- PRECIADO, Paul. 2017. "Basura y género. Mear/cagar. Masculino/femenino" En: PRECIADO, Paul. *Posmuseo. El museo apagado: pornografía, arquitectura, neoliberalismo y museos*. 1ª ed. Buenos Aires: Malba. 64 p.
- ROHDEN, Fabíola. 2009. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 245 p.