En Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramirez, *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón.

Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer.

Moira Pérez.

Cita:

Moira Pérez (2019). *Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramirez Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/moira.perez/51

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/pra0/QzC

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

Salud feminista

Soberanía de los cuerpos, poder y organización

Compilado y editado por

Fundación Soberanía Sanitaria

Sabrina Balaña
Agostina Finielli
Carla Giuliano
Andrea Paz
Carlota Ramírez

Tinta limón -EDICIONES-
Pensar en MOVIMIENTO
FUNDACION SOBERANIA SANITARIA

Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón, 2019.
224 p. ; 19 x 13 cm.

ISBN 978-987-3687-58-7

1. Salud Pública. 2. Feminismo. I. Fundación Soberanía Sanitaria
CDD 613.0424

Primera edición: 1000 ejemplares, septiembre de 2019

Diseño de cubierta: Diego Maxi Posadas
Imagen de tapa: Nosotras proponemos/Trenza (8 de marzo de 2019, Buenos Aires)
Maquetación y diseño de interiores: Juan Pablo Fernández
Corrección: Mariano Pedrosa

© De los textos, Fundación Soberanía Sanitaria
© 2019, de la edición, Tinta Limón Ediciones

Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0
(CC BY-NC-ND 3.0)

Usted es libre de:
* Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:
* Reconocimiento — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).
* No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
* Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
Entendiendo que:
* Renuncia — Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor
* Dominio Público — Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.
* Otros derechos — Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:
- Los derechos derivados de usos legítimosu otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.
- Los derechos morales del autor
- Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.
* Aviso — Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar muy en claro los términos de la licencia de esta obra.

Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer

Moira Pérez

Introducción

La teoría queer surge como corriente dentro de la academia hacia principios de los años noventa, a raíz de una serie de disconformidades con los desarrollos de gran parte del feminismo y los estudios gay-lésbicos. Desde ese momento, uno de sus principales puntos de interés han sido aquellxs sujetxs clasificadxs en nuestro contexto social como "anormales", es decir, sujetxs "anormalizadxs" por nuestra cultura. ¿Cómo se constituye esta distinción entre "normal" y "anormal"? ¿Qué tipo de sujetxs quedan dentro, y cuáles fuera, de esta "normalidad"? ¿Cuáles son los mecanismos por los que todxs participamos en la reproducción y control de esos estándares? ¿Qué formas de resistencia y subversión se sostuvieron y sostienen desde ese territorio de "anormalidad"? He aquí algunas de las preguntas que han acompañado las teorizaciones queer hasta nuestros días.

En particular, el cuerpo tuvo siempre un lugar central en estas discusiones: su disciplinamiento, clasificación, normalización y represión, pero también su sublevación y resistencia, son cuestiones que han sido abordadas desde el punto de vista histórico, sociológico, psicológico, artístico, entre otros. Se ha indagado, por ejemplo, en el modo en que lxs sujetxs que son anormalizadxs, es decir, clasificadxs como anormales y tratadxs como tales en un determinado contexto, son reducidxs a su cuerpo, eliminando cualquier tipo de agencia. En palabras de lxs catalanxs Jordi Planella y Asun Pie,

> los sujetos anormalizados han pasado a ser sujetos hipercorporizados. El cuerpo ha tomado una relevancia desenfrenada y el sujeto ha sido "cosificado" y ahora es, sobre todo, un cuerpo. (...) Es a través de los diferentes saberes (...) que el sujeto pasa a ser solamente un cuerpo, quedando anulada su personalidad, su historia y su identidad (2012: 273).

A esto podemos añadir, tras esa reducción al cuerpo, una reducción a una parte muy específica del cuerpo: aquella señalada como "deficiente", "anormal" o necesitada de corrección. Así, lxs sujetxs son reducidxs al cuerpo, y este al aspecto específico que ha sido "anormalizado" (la capacidad motriz, la talla, la forma de vivir el género, etcétera).

Esta misma reducción se hace evidente cuando se reflexiona o interviene en el campo de la salud: desde un marco reduccionista, es habitual pensar en "salud" exclusivamente en relación con ese aspecto hiperbolizado del cuerpo de unx sujetx. Con demasiada frecuencia, el rasgo "anormalizado" que articula esta hipercorporización es también la puerta de entrada de la patologización y del trabajo de "corrección" de los cuerpos para llevarlos nuevamente al terreno de lo "saludable". Pretensión que encubre, como espero mostrar, un proceso de normalización.

La hipótesis que articula este capítulo es, en efecto, que el concepto de "salud" funciona de hecho como un instrumento legitimado para el ejercicio de distintas formas de violencia sobre los cuerpos "anormalizados", en pos de su normalización. A fin de desarrollar esta hipótesis, me ocuparé primero de señalar algunos puntos nodales de las perspectivas hegemónicas actuales sobre la salud, que encontramos tanto en la práctica sanitaria como en el sentido común. A continuación, presentaré lo que entiendo como una relectura queer de esos mismos supuestos, que buscan no sólo desarticularlos, sino también pensar la salud de otras maneras. En una última sección, me enfocaré en los modos en que una perspectiva queer sobre el cuerpo y la salud pone en cuestión la idea de "soberanía de los cuerpos", al resaltar la interdependencia y vulnerabilidad de lxs sujetxs como una característica propia de lo humano.

Como espero dejar en evidencia a lo largo de estas páginas, mi propuesta no es pensar una "salud queer" en el sentido de la atención a la salud referida a sujetxs LGBT –como sí lo proponen, por ejemplo, Semp (2011) en relación con la salud mental, o Numer y Gahagan (2009) en relación con el VIH–, sino más bien considerar qué nos pueden ofrecer las herramientas de la teoría queer para (re)pensar la salud como concepto y como práctica. Tal como he sugerido en otros trabajos (Pérez, 2016), me interesa utilizar y producir teoría queer como una epistemología y una política, esto es, un modo de conocer el mundo y de intervenir en él,

con la justicia social como objetivo. En esta ocasión, espero aportar a la reflexión y al ejercicio del campo de la salud, más allá de la identidad o la sexualidad de sus destinatarixs y agentes.

La salud desde una concepción reducida

La "hipercorporización" de lxs sujetxs anormalizadxs, es decir, su reducción a un aspecto de su existencia, específicamente de su cuerpo, implica que lo que digamos acerca de su "salud" (o falta de ella) se referirá solamente a dicho aspecto. Basta pensar en lo que sucede habitualmente cuando se trabaja sobre los vínculos entre "salud" y "género": es frecuente ver que "género" se reduce a "mujeres", y estas a mujeres cis (es decir, aquellas que no son trans), y estas a lo que se entiende como su marca diferencial: la capacidad reproductiva. Así, la agenda de salud vinculada con "género" es con frecuencia limitada a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres cis. Quedan afuera no sólo los problemas de salud que afectan especialmente a mujeres cis y no tienen que ver con las capacidades reproductivas, sino también las consecuencias insalubres de los estándares de la masculinidad hegemónica y la salud sexual y reproductiva de las personas que tienen capacidad de gestar pero no son mujeres.

Paralelamente, "identidad de género" se entiende como algo propio de las personas trans* y/o travestis, y la salud de estas personas es reducida a lo que suele llamarse "salud trans-específica", esto es, prácticas quirúrgicas u hormonales de afirmación del género. En contraposición, profesionales de la salud trans* y aliadxs proponen trabajar sobre la conformación de servicios de salud "trans-competentes", es decir, que estén informados y preparados para trabajar con personas trans* (The Lancet, 2016). Esto implica, entre otras cosas, identificar los modos en que generizamos ciertas condiciones de salud y replantear por completo su vínculo con el sexo, el género o las características sexuales. Así, esferas como la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, se evidenciarán como algo que no compete exclusivamente a las mujeres cis, sino a todo tipo de sujetxs, comenzando por aquellxs que tienen capacidad de gestar, sean o no mujeres (Radi, 2018).

Esta noción de "salud" que reduce cada sujetx a su cuerpo, y este a sus características marcadas como "anormales", es acompañada por otra operación de reducción: la de plantear la salud en términos meramente fisiológicos e individuales, como "falta de enfermedad". Pensar desde una noción amplia de salud implica, por el contrario, considerar las condiciones de existencia de esos cuerpos y esxs sujetxs, algo particularmente relevante en el caso de personas socialmente marginadas. Esta propuesta no es, desde ya, exclusividad de las perspectivas queer. Desde un enfoque de derechos vigentes en la actualidad, las concepciones de la salud responden a este paradigma integral, que excede la noción de la salud como algo que afecta al cuerpo o a cierta parte de él. La *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (Asociación Canadiense de Salud Pública *et al.*, 1986), por ejemplo, establece un conjunto de prerrequisitos que deben ser garantizados para poder comenzar a pensar en "salud" en un sentido más estricto: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La reducción de la noción de salud no es el único punto que las perspectivas queer han contribuido a detectar y desarticular. A este se le suman muchos otros, vinculados con la conceptualización del cuerpo, la temporalidad de salud y enfermedad, la autoridad epistémica, por ejemplo. No se trata de denunciar un paradigma homogéneo y delimitado, o acusar a una corriente o tradición dentro de la práctica en salud que podamos atribuir a ciertos agentes o instituciones puntuales. Estas observaciones se refieren, más bien, a un conjunto de supuestos y prácticas que permean las concepciones que tenemos de la salud, la enfermedad, y la medicina. En lo que sigue, consideraré algunos de dichos supuestos, para luego abordarlos críticamente.

Existe el "cuerpo sano" y, como contrapartida, el "cuerpo enfermo". El pensamiento binario y dicotómico ha sido uno de los focos preferidos de análisis desde los inicios de las teorizaciones queer. En este caso, nos encontramos ante la idea de que los cuerpos pueden "ser" sanos o enfermos: una división constitutiva que sostiene aquel régimen de normalización. En palabras de Fiona Kumari Campbell,

> hay dos elementos fundamentales en el centro de los regímenes capacitistas, elementos que se presentan independientemente de su puesta en práctica localizada; estos son la *noción* de lo normativo (y el individuo normado) y la imposición de una *división constitucional* entre la humanidad naturalizada perfeccionada y lo aberrante, lo impensable, el híbrido cuasi-humano y por lo tanto no humano. Esta constitución provee la disposición, el mapa para dar escala y marcar los cuerpos y para ordenar sus términos de relación (2008).

En otras palabras, se trata de dos categorías que no se combinan, no se solapan, e inundan la totalidad del cuerpo, aunque esa "enfermedad" se refiera a una función específica y no afecte al resto.

La salud es el estado normal, esperable y deseable en cualquier persona. Se trata del estado "por defecto" y aquel al que todas las personas debemos aspirar; además, se define a partir de los parámetros culturales de lo que es "sano", en los que indagaremos más adelante. Los desarrollos sobre diversidad funcional desde una perspectiva queer, denominados *Crip Theory* (McRuer, 2006), se han referido a esto como "la cultura del cuerpo capacitado": la cultura que da por supuesto que todas las personas estamos de acuerdo en que es preferible ser "capacitadx" a no serlo. En palabras de Robert McRuer, uno de los precursores de esta corriente, desde aquella postura,

> las identidades capacitadas, las perspectivas capacitadas, son preferibles y aquello a lo que todxs, colectivamente, aspiramos. Un sistema de capacidad compulsiva exige repetidamente que las personas con discapacidad encarnen para otrxs una respuesta afirmativa a la pregunta no dicha: sí, pero a fin de cuentas, ¿no preferirías ser más como yo? (2013: 372).

En los casos más extremos, este supuesto toma la forma de cribado eugenésico, es decir, la selección y descarte de embriones a partir de los estándares sociales de lo que será una vida que vale ser vivida, y una que no. Las condiciones intersex y ciertas formas de diversidad funcional son tomadas en algunos casos como razón suficiente (y superior a cualquier otra, incluyendo la mera voluntad de no procrear) para terminar con el proceso de gestación.

La enfermedad –y los correspondientes cuidados– son algo pasajero y puntual. Así como la salud es el estado "por defecto", encontramos que, como contrapartida, la enfermedad es concebida como propia de algún momento específico y, en muchos casos, atribuida a la culpa individual de la persona enferma. Por consiguiente, excepto en aquellos eventos puntuales de enfermedad, se da por sentado la no necesidad de cuidados, ayuda, asistencia o acompañamiento, ya sean privadas o del Estado. Tal como señala Johanna Hedva,

> lo que resulta tan destructivo acerca de concebir a la salud como el estado por defecto, en tanto el modo estándar de existencia, es que inventa a la enfermedad como algo temporario. Cuando estar enfermx es una aberración de la norma, se nos permite concebir el cuidado y el apoyo en los mismos términos. El cuidado, en esta configuración, es sólo requerido por momentos. Cuando la enfermedad es temporal, el cuidado no es normal (2016).

La salud es universalizable. "Salud" puede entenderse de igual manera para todas las personas, a partir de criterios y medidas universales. Dicha estandarización suele defenderse debido a su eficacia para el diseño e implementación de políticas de salud pública nacionales y transnacionales, que pueden aplicar criterios comunes sin atender a las diferencias étnicas, ambientales o culturales. En el fondo, requiere de una noción de cuerpo humano homogéneo, que a su vez se sostiene en la universalización de ciertos tipos de cuerpos, en detrimento de otros. Algunos ejemplos son los protocolos de investigación de medicamentos, que cubren sólo a sujetos de ciertas características (en general, varones cis por debajo de un cierto peso), a cuyas dosis debe adaptarse el resto de la población; y el índice de masa corporal (IMC), que es tomado como medida antropométrica universal por la medicina, las políticas de salud pública y gran parte del público en general, y como criterio universal de lo que es un cuerpo sano y un cuerpo enfermo a la luz de su peso y altura.

La autoridad epistémica no es de lxs sujetxs sanxs o enfermxs, sino de lxs "especialistas". Qué es salud y qué enfermedad lo determina la institución médica, que incluye la industria médica y farmacéutica, las agencias estatales e internacionales de salud pública, y los espacios académicos de investigación y enseñanza. En este modelo, que algunxs críticxs han llamado "paternalista" o "de tutelaje", las personas consideradas "enfermas"

"quedamos supeditadas a la voluntad de nuestros tutores, que administran y gestionan nuestros futuros" (Contrera y Cuello, 2016: 114). Del lado de lxs "tutorxs", se define qué es la enfermedad, quién la padece, cuál es el tratamiento adecuado y cuándo se puede considerar que se ha curado.

A partir de lo dicho hasta aquí, queda en evidencia que dentro de este sistema lxs sujetxs que por algún motivo no son consideradxs "saludables" deben aspirar a salir de dicho estado transitorio e indeseable y ubicarse en el ámbito de lo saludable –esto es, lo normal–. Pero quién, cómo y cuándo se debe hacer tal cambio de estado (de "anormal" a "normal") es algo que no decide el individuo mismo, sino esa entidad tan difícil de cuestionar en nuestra cultura: "la medicina". Así es como se abre la puerta para que la noción de "salud" funcione como instrumento de violencia: el cuerpo marcado como "anormal" es forzado a adaptarse a un medio, forzamiento que se justifica en nombre de la salud. De esta manera, la salud legitima o dignifica la violencia que conllevan estas formas específicas de normalización.

Perspectivas alternativas acerca de la salud

Estas nociones hegemónicas han chocado históricamente con perspectivas alternativas que ofrecen un cambio radical respecto del modo en que entendemos actualmente a lxs sujetxs y la salud. Me refiero a propuestas tales como la teoría queer, el activismo y el pensamiento por la diversidad corporal, la diversidad funcional, la neurodiversidad, el movimiento intersex, entre muchos otros. Diversxs autorxs han considerado esto como un cambio de paradigma, teniendo en cuenta la profundidad de la transformación que proponen dichos marcos críticos. Es el caso de Nick Walker (2016), por ejemplo, quien se refiere a un cambio de paradigma vinculado con la salud mental: el paso del paradigma de la patología al de la neurodiversidad. De manera similar, en cuestiones trans* se ha hablado de un pasaje del paradigma biomédico al de Derechos Humanos, en consonancia con documentos internacionales tales como los *Principios de Yogyakarta*. Mientras que bajo el modelo biomédico la transexualidad tendría causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento, en

el modelo de Derechos Humanos, que entiende a la identidad de género como una vivencia interna e individual, ninguna de estas categorías tiene sentido (Radi y Pérez, 2018).

Es importante tener presente que este "cambio de paradigma" no necesariamente implica un rechazo radical y absoluto de la medicina como institución, ni una desvalorización de todas sus funciones sociales. Implica más bien una invitación a repensar su lugar y rol en nuestra cultura, poniéndola al servicio del bienestar de las personas, en lugar de que ellas se adapten a los requerimientos de las concepciones hegemónicas de la salud. Este ejercicio conlleva, además, una revisión de todxs nosotrxs y nuestras prácticas cotidianas, ya que entiende que todas las personas, aunque más no sea debido a nuestra socialización, están en mayor o menor medida comprometidas con las nociones tradicionales de salud y enfermedad. Volviendo a Walker (2016), el autor invita a "inventariar con cuidado nuestras palabras, conceptos, pensamientos, creencias y preocupaciones, y ver si todavía tienen sentido si desechamos el concepto de normal, el concepto de que hay una forma 'correcta'" de funcionamiento de las personas. En síntesis, este ejercicio implica sustraer todo un conjunto de fenómenos del ámbito de la enfermedad y pensarlos en términos de diversidad "como matriz de inteligencia posible de los cuerpos" (Contrera y Cuello 2016: 112). Así, "diversidad corporal", "diversidad funcional", "neurodiversidad" aparecen no como palabras caprichosas, sino como profundas resignificaciones de nuestra experiencia del mundo.

Una diferencia central que encontramos entre este enfoque crítico y el tradicional –abordado en la sección anterior– es que aquí no se entiende automáticamente "salud" como "falta de enfermedad", sino que se propone desentrañar los sentidos de cada uno de estos términos, y desarrollar concepciones y estrategias que aporten realmente al bienestar de las personas y comunidades, respetando su derecho a ser lo que son. Sin dejar de atender a las problemáticas de salud vinculadas específicamente con la "ausencia de enfermedad" ni dejar de lado la lucha por el derecho a la salud, se trata de exponer qué sentidos (morales, políticos, antropológicos, ontológicos) se están traficando detrás de nuestra idea de "salud" y su supuesta "neutralidad" científica, desglosarlos, y considerar sus implicancias concretas para aquellxs sujetxs "hipercorporizadxs".

Desde una perspectiva queer, resulta fundamental exponer cómo –en su concepción tradicional– "salud" significa de hecho adaptación plena a un sistema capitalista, patriarcal, cisexista, capacitista; en resumen, un sistema sostenido sobre prácticas violentas de disciplinamiento y normalización. McRuer, por ejemplo, señala que definimos a las personas como "capacitadas" cuando han podido insertarse satisfactoriamente en un sistema de producción. La identidad "capacitada" –surgida hacia fines del siglo XIX en consonancia con el capitalismo industrial– se refiere a aquellas personas "libres de vender su mano de obra pero no libres para hacer nada más", esto es, "libres para tener un cuerpo capacitado, pero no particularmente libres para tener ninguna otra cosa" (2013: 371). Este ordenamiento va más allá de la diversidad funcional, y alcanza a la idea misma de bienestar: "La persona que 'está bien' es la persona que está suficientemente bien como para ir a trabajar. La persona 'enferma' es la que no puede hacerlo" (Hedva, 2016). Como contrapartida, la promesa de acceder a la salud está frecuentemente atada a ser sujeto de consumo, ya sea mediante medicamentos, prótesis, o mediante toda una gama de productos y servicios vinculados con la pérdida de peso.[1] En parte es por esto que las perspectivas críticas aquí reseñadas con frecuencia incorporan el eje de clase para indagar en la existencia y las experiencias de marginación que enfrentan aquellxs sujetxs hipercorporizadxs.

Como alternativa, urge establecer y afianzar redes de cuidado que sostengan y mejoren la existencia de esos cuerpos que el capitalismo contemporáneo descarta. Esto se vincula con una tendencia al interior de las propuestas queer de poner el foco no sólo en los procesos de represión y normalización, sino también en la creatividad, la resistencia, y las formas que estas toman en nuestro contexto actual.

En línea con la sección anterior, dedicaré el resto de este apartado a desplegar los modos en los que cada uno de aquellos puntos enumerados más arriba puede pensarse desde lo que propongo como un enfoque queer sobre la salud. Para ello, seguiré el mismo orden por el que opté más arriba.

1 En este sentido, resulta significativo lo que señalan Laura Contrera y Nicolás Cuello (2016) sobre el hecho de que la protección contra la discriminación prevista en la Ley argentina 23.592, en el caso de los cuerpos gordos, requiere de una autoafirmación patologizante y se ofrece *solamente en el contexto de relaciones de consumo*.

"Cuerpo sano" y "cuerpo enfermo" son categorías construidas y recreadas a partir de relaciones de poder, disputas por definir lo humano e intereses económicos. Desde una perspectiva queer está claro que el cuerpo es un territorio político: los términos de los límites del cuerpo (qué forma parte de un cuerpo, qué es una prótesis, qué es prescindible o debe ser erradicado), la viabilidad de un cuerpo, su enfermedad o salud, cuáles de ellos son objetos –los animales no humanos, por ejemplo– y cuáles sujetos, todos estos son factores configurados y reconfigurados permanentemente en una red de relaciones de poder. Se trata de una red agonística (es decir, una red que no puede no estar atravesada por conflictos, luchas por la hegemonía, delimitación de rivales) de la que todxs participamos. Estamos aquí ante un uso muy concreto del anti-esencialismo identitario que supo dar forma a las propuestas queer desde sus inicios: la identidad no es algo esencial, sino histórico, y esto también significa entre otras cosas que esxs sujetxs no pueden ser reducidxs a esa "anormalidad", y que esa característica del individuo no explica todo lo que es ni lo que puede llegar a ser.

Estas relaciones de poder no tienen agentes claros: funcionan más como una red de relaciones que como una jerarquía claramente delimitable. McRuer, por ejemplo, describe a dicha red como una "formación disciplinar que aparentemente emana de todos lados y de ningún lado", y que da lugar a las "disciplinas de normalidad" (2013: 371). Resultará familiar esta descripción aplicada a la sexualidad como régimen político, pero el autor advierte que en el caso de la capacidad/discapacidad –a diferencia, por ejemplo, de la sexualidad– es difícil que las personas reconozcan que el cuerpo ("capacitado" o "discapacitado") tiene elementos que no son "naturales" o "biológicos", sino culturales. Esta reticencia a reconocer el elemento cultural de nuestras nociones sobre la (dis)capacidad, incluso dentro del ámbito académico, está entre las principales diferencias respecto del sistema de heterosexualidad compulsiva, uno de los puntos nodales de la teoría queer:

> La identidad capacitada es, en este punto, incluso más naturalizada que la identidad heterosexual. Al menos, muchas personas que no simpatizan con la Teoría Queer concederán que las formas de ser heterosexual son producidas culturalmente y culturalmente variables, incluso si y

> cuando entienden a la identidad heterosexual como algo completamente natural. No puede decirse lo mismo, en términos generales, de la identidad capacitada (McRuer, 2013: 371).

Esta dificultad para reconocer el carácter histórico y político de las concepciones acerca de la salud humana es, al menos en parte, efecto del vocabulario supuestamente "neutral" (léase científico, desinteresado, objetivo) detrás del que esas concepciones se amparan. A su vez, esa pretendida "neutralidad" sirve para ocultar la fuerte carga moral de cada uno de los términos. Un ejemplo es la referencia a "malformaciones" en cualquier legislación o política, incluidas las que se discutieron en nuestro país en 2018 respecto del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Allí se delinean, como en tantas otras prácticas, los límites de lo humano, lo razonable y lo deseable. De hecho, para muchos colectivos, ser reconocidos como "sanos" implica negociar la propia identidad y la relación con el propio cuerpo; en estos casos, las formas de contrarrestar la opresión "implican negociar nuestra carne y aceptar la derrota eugenésica de abandonar nuestra existencia como personas gordas" (Contrera y Cuello, 2016: 121). Se trata de un imperativo moral, en última instancia, de elegir entre el reconocimiento de la propia identidad y el reconocimiento en tanto "cuerpo sano".

La salud, que se presenta como la "normalidad", es en realidad el fruto de la "normalización". Uno de los puntos centrales de la teoría queer, así como de los estudios trans*, la *Crip Theory*, entre otros, es cuestionar la normalización y develar los modos en que ella se oculta detrás de muchas iniciativas presentadas en términos de "salud". El caso más evidente es el de las "intervenciones normalizadoras" denunciadas desde hace décadas por el movimiento intersex, que se realizan "antes de que la persona pueda dar su consentimiento, y sin evidencia sólida de la necesidad médica de realizar estas intervenciones, ni de que la cirugía tendrá resultados positivos" (Carpenter 2016: 75; ver también Chase 2005, Cabral 2017). Incluso en los casos de intervenciones que sí tienen un fundamento clínico, este se entrelaza con motivaciones normalizadoras y con una supuesta preocupación por la estigmatización y la falta de oportunidades en la vida, incluida la posibilidad de matrimonio. Como

alternativas a esto, el movimiento intersex exige implementar prácticas de consentimiento informado articuladas en torno a los valores de la autodeterminación, la autonomía corporal y la no estigmatización.[2]

Este sistema de normalización corporal busca encauzar los cuerpos tanto en términos de sexo, género y sexualidad como de otros ejes que han sido colonizados por el ámbito de la salud, tales como la diversidad funcional o la talla. Desde la *Crip Theory*, Robert McRuer (2013) analiza cómo estos distintos ámbitos están estrechamente entretejidos, tomando como punto de partida la idea de Adrienne Rich (1996) de "heterosexualidad obligatoria" para aplicarla a la diversidad funcional, resultando en la categoría de "capacidad obligatoria". El sistema heterosexista y el capacitista se alimentan mutuamente y dependen el uno del otro; en conjunto, sirven para avanzar sobre la normalización de los cuerpos, que deberán ser capacitados y heterosexuales (entre muchas otras cosas). Es importante comprender la dimensión compulsiva de esta "normalidad", que tiene más de obligatoria que de voluntaria, y sirve a su vez para imponer y sustentar una idea de obligatoriedad (cómo *hay que ser*, porque es *la forma normal de ser*). En este punto, McRuer sigue a Michael Warner (1999), uno de los pioneros de la teoría queer, quien pone en cuestión la idea de que hay algo así como una elección o decisión de ser "normal", considerando el grado de presión que se ejerce sobre lxs sujetxs para que sigan el camino de la normalidad, y el enorme riesgo que implica no hacerlo. Además, en ambos sistemas, la esfera "normal" o aceptada se define en contraposición a aquella de la "anormalidad": la persona heterosexual es aquella no homosexual, la persona "capacitada" es aquella que no tiene ninguna discapacidad, y así sucesivamente.

La enfermedad atraviesa a todas las personas. Esta afirmación, central para una concepción queer de la salud, se fundamenta en distintos atributos que, desde esta perspectiva, son propios de lo humano. En primer lugar, la idea de que todos los cuerpos son vulnerables. Judith Butler, reconocida como una de las fundadoras de la teoría queer, se ha ocupado

2 Estos objetivos acercan al activismo intersex a ciertas corrientes dentro del movimiento trans*, mientras que lo alejan de la agenda de gran parte del activismo gay-lésbico, concentrado principalmente en "cuestiones de performatividad e identidad" (Carpenter, 2016: 78); es por eso que Carpenter y otrxs cuestionan la "inclusión" en el movimiento LGBT como objetivo, y defienden más bien la especificidad de las reivindicaciones intersex.

de desentrañar la concepción del ser humano, y particularmente el sujeto de derechos, como autónomo y "corporalmente individual", implícita en la afirmación de que *todo sujeto* tiene derecho a la salud. De acuerdo con la autora, este enfoque es incapaz de "capturar el sentido de vulnerabilidad, exposición o incluso dependencia que está implicado por el mismo derecho y que (...) corresponde a una visión alternativa del cuerpo". En otras palabras, añade Butler:

> Si aceptamos que parte de lo que es un cuerpo (y esto es por el momento una declaración ontológica) es su dependencia de otros cuerpos y redes de apoyo, entonces estamos sugiriendo que no es del todo correcto concebir los cuerpos individuales como algo completamente distinto unos de otros (2014).

A partir de esta constitución ontológica del ser humano como vulnerable e interdependiente (condición que, por otro lado, aúna a animales humanos y no humanos), queda claro que la vida y la supervivencia dependen, en todos los casos, de esa "red social de manos" (Butler, 2009: 14), incluyendo estructuras horizontales y verticales de cuidado. Retomando explícitamente los aportes de Butler, la "Teoría de la Mujer Enferma" de Hedva se propone

> redefinir la existencia en un cuerpo como algo que es ante todo y siempre vulnerable (...). Dado que la premisa insiste que un cuerpo se define por su vulnerabilidad, y no que es temporalmente afectado por ella, la implicancia es que continuamente depende de infraestructuras de apoyo para resistir, y por lo tanto tenemos que rediseñar el mundo a nuestro alrededor a la luz de este hecho (2016).

En segundo lugar, podemos decir que la enfermedad es algo que nos atraviesa a todxs, porque las exigencias del sistema de normalización en el que vivimos son inalcanzables para todas las personas, incluso aquellas en las posiciones más hegemónicas. Así como el género es una repetición performativa siempre fallida (Butler, 2008), de la misma manera los estándares de belleza, la "salud" y la "capacidad compulsiva" nunca pueden alcanzarse de una vez y para siempre: "Cada una es una identidad que es simultáneamente el suelo sobre el cual supuestamente descansan todas las identidades, y un logro notable que siempre es diferido y por lo tanto nunca está realmente garantizado" (McRuer, 2013: 372).

No obstante, ese ideal se sostiene, y seguimos teniendo la impresión de que los cuidados, la ayuda, la asistencia o el acompañamiento (privados o del Estado) no son necesarios. Esto se explica en parte porque gran parte de dichos cuidados están invisibilizados y el trabajo que implican no es reconocido socialmente, con lo cual su dimensión real y su continuidad en el tiempo quedan velados.

La salud y sus estándares no son universalizables; deben considerarse desde cada subjetividad y atendiendo a factores tales como la clase, la edad, la funcionalidad, el origen étnico, entre muchos otros. Pensar desde un paradigma de diversidad (corporal, funcional, etc.) implica considerar qué es sano y qué no en cada caso particular, en la convergencia del cuerpo, la identidad, el contexto, la historia y el deseo de cada sujetx. Por otra parte, dado que desde estas perspectivas la enfermedad es un estado propio de las violencias que operan nuestra cultura y sus instituciones, resulta particularmente relevante analizar cómo afecta a las personas "desechadas" por dichos sistemas, aunque alcanza en mayor o menor medida a todxs. La continuidad del sistema desigual en el que vivimos requiere que ciertos cuerpos sean desechables, "porque para seguir con vida, el capitalismo no puede responsabilizarse por nuestro cuidado –su lógica de explotación requiere que algunxs de nosotrxs nos muramos" (Hedva, 2016). En este sentido, y a diferencia de los enfoques tradicionales, es importante desplazar la idea de "culpa" individual por la propia enfermedad, y prestar atención a los problemas sociales (pobreza, estigma, patologización, discriminación) que afectan profundamente la existencia de lxs sujetxs marginadxs.

La autoridad epistémica debe volver a quienes llevan ese cuerpo, quienes deben participar del diálogo a la par de la institución médica. Sin dejar de reconocer la importancia de los saberes de la medicina, la propuesta es que lxs médicxs estén al servicio de lxs sujetxs, y no viceversa. Esto implica revertir una larga historia en la que las tecnologías médicas han dado forma a las leyes e incluso a la auto-percepción de lxs sujetxs: como señalan Contrera y Cuello, "por lo menos desde el siglo XVIII en adelante, la medicina es un elemento clave para la constitución y el propio entendimiento de los sujetos acerca de sí mismos" (2016: 117). Por otra parte, dada la importancia que reviste el lenguaje y el plano discursivo en las perspectivas queer, es natural que se haga énfasis en el trabajo sobre quién produce discursos, cómo circulan, a quién hablan y quiénes

los "padecen" sin poder intervenir en ellos. El discurso –incluidos los términos que utilizamos para denominar(nos)– tiene la capacidad de intervenir sobre la realidad y las relaciones de poder que la marcan. Y, en ese sentido, poder auto-denominarse como colectivo (y denominar a otrxs) es una forma de privilegio:

> El tipo de desigualdad social más insidiosa, el tipo de privilegio más difícil de retar, ocurre cuando un grupo dominante está tan profundamente establecido como el grupo "normal" o "estándar" que no tiene nombre específico, no tiene etiqueta alguna. Los miembros de dicho grupo son simplemente considerados "gente normal", "gente sana" o "gente" a secas (Walker, 2016).

Como contracorriente, abundan los ejemplos en los que la diversidad funcional, corporal, de género acuñó sus propios términos: las palabras "cis", "endosex", "neurotípico" fueron propuestas por comunidades que históricamente han padecido las imposiciones unilaterales de la medicina, para denominar a aquellos "otros" que históricamente les habían etiquetado, nomenclado y normalizado. En el caso de la neurodiversidad, Walker relata:

> El primer paso esencial en el movimiento (...) fue la acuñación del término *neurotípico*. *Neurotípico* es a *autista* lo que *straight* es a *gay*. La existencia de la palabra *neurotípico* hace posible tener conversaciones acerca de temas como el privilegio neurotípico. *Neurotípico* es una palabra que nos permite hablar de los miembros del grupo neurológico dominante sin reforzar de manera implícita la posición privilegiada de ese grupo (y nuestra propia marginación) al referirnos a ellos/as como "normal". La palabra *normal* es utilizada para privilegiar a un tipo de humano sobre otros, es una de las herramientas del amo, pero la palabra *neurotípico* es una de *nuestras* herramientas (2016, itálicas del autor).

Este giro epistémico invita, además, a volcar la mirada sobre los fenómenos hegemónicos que hasta el momento no habían sido marcados ni abordados explícitamente. Por ejemplo, en lugar de pensar en la discriminación por discapacidad, tal vez sea hora de pensar en el sistema de privilegios que la sostiene, es decir, "desplazar nuestra mirada y concentrarnos en aquello que el estudio de la discapacidad nos dice acerca de la producción, la operación y el mantenimiento del capacitismo"

(Campbell, 2008). Acuñar las propias categorías, sobre todo aquellas que sirven para denominar a un "otro" históricamente hegemónico, e invertir la relación sujeto/objeto en el análisis, es uno de los gestos más poderosos de afirmación de la soberanía de los grupos que históricamente han sido blanco de las políticas de normalización.

Soberanía y vulnerabilidad

La cuestión de la soberanía aparece una y otra vez en las propuestas vistas en la sección anterior: autodeterminación, autonomía decisional, consentimiento libre e informado, redistribución de la autoridad epistémica; todos son principios reivindicados desde los distintos movimientos y propuestas que he adoptado hasta aquí. En síntesis, el gobierno del propio cuerpo resulta un valor central para pensar la salud desde una perspectiva queer. Sólo así podremos acercarnos a esa idea integral de la salud y a una práctica que apunte al bienestar de lxs sujetxs, sin obligarlxs a ser algo que no son.

Sin embargo, también es necesario pensar los límites de esta idea de soberanía como clave para entender la salud y el bienestar. Porque la teoría queer –siguiendo una larga tradición filosófica– también se ha ocupado de recordarnos que todas las personas, todos los cuerpos, son vulnerables, y por eso mismo interdependientes. Aquella idea moderna de ser humano maduro como sujeto autónomo e independiente es puesta en cuestión, y con ello tal vez tengamos que repensar exactamente qué queremos decir con "soberanía". En una interesante conversación con la artista y activista por la diversidad funcional Sunaura Taylor, Judith Butler sugiere que en estas cuestiones "lo que está en juego es realmente repensar al humano como un sitio de interdependencia", en el que lxs sujetxs que explicitan su vulnerabilidad están

> básicamente postulando la pregunta: ¿vivimos o no en un mundo en donde nos ayudamos unos a otros? ¿Nos ayudamos unos a otros o no, con nuestras necesidades básicas? ¿Y las necesidades básicas están ahí para ser decididas como una cuestión social, y no sólo como mi asunto personal o individual, o tu asunto personal o individual? (Marin *et al.*, 2008).

La idea de que todos los seres humanos somos inherentemente precarios no sólo pone en cuestión la ontología del individualismo, sino que también conlleva una serie de consecuencias normativas: debemos asumir nuestra parte de responsabilidad en minimizar tal precariedad. "Si la ontología del cuerpo sirve como punto de partida para este replanteo de la responsabilidad", dice Butler en *Frames of War,* "es precisamente porque, en su superficie y su profundidad, el cuerpo es un fenómeno social: está expuesto a otrxs, es vulnerable por definición" (2009: 33).

Entonces, la pregunta es: ¿Estamos dispuestxs a reconocer la propia vulnerabilidad y la de quienes nos rodean? Al pedir –y dar– ayuda estamos planteando "un desafío al individualismo" que Butler y Taylor esperan que las personas tomen, animándose a afirmar "sí, yo también vivo en ese mundo, en donde entiendo que nos necesitamos lxs unxs a lxs otrxs a fin de atender a nuestras necesidades básicas, y quiero organizar un mundo social y político sobre la base de ese reconocimiento" (Marin *et al.*, 2008). Se trata de una invitación que llega al corazón del campo de la salud: el desafío de encontrar el equilibrio entre disputar aquella soberanía, defender el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos, y a la vez reconocer la interdependencia y la vulnerabilidad como algo no sólo existente, sino positivo y potente.

Bibliografía

Asociación Canadiense de Salud Pública, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.

Berlant, L. (2007). "Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency)", en *Critical Inquiry*, 33 (4), pp. 754-780.

Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009). *Frames of War. When is Life Grievable?* Londres y Nueva York: Verso.

Butler, J. (2014, junio). *Repensar la vulnerabilidad y la resistencia*. Conferencia dictada en la Universidad de Alcalá, España.

Cabral Grinspan, M. (2017). "Torture in Medical Healthcare Settings: An Intersex Approach", en *The Journal of Sexual Medicine*, 14 (5), e267.

Campbell, F. K. (2008). "Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism", en *M/C Journal*, 11(3). Disponible en www.journal.media-culture.org.au/index.php/mcjournal/article/viewArticle/46/0

Carpenter, M. (2016). "The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change", en *Reproductive Health Matters* 24 (47), pp. 74-84.

Chase, C. (2005). "Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual", en Bargueiras Martínez, C.; Romero Bachiller, C. y García Dauder, S. (eds.). *El eje del mal es heterosexual: figuraciones, movimientos y prácticas feministas "queer"*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Contrera, L. y Cuello, N. (eds.) (2016). *Cuerpos sin Patrón*. Buenos Aires: Madreselva.

Hedva, J. (2016). "Sick Woman Theory", en *Mask Magazine,* 24. Disponible en www.maskmagazine.com/not-again/struggle/sick-woman-theory

Marin, L.; Imperial, B. (prods.) y Taylor, A. (dir.) (2008). *Examined Life* [Película documental]. Canadá.

McRuer, R. (2006). *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability.* Nueva York: New York University Press.

McRuer, R. (2013). "Compulsory Able-Bodiedness and Queer/Disabled Existence", en Davis, L. (comp.). *The Disability Studies Reader,* cuarta edición, pp. 369-278. Nueva York: Routledge.

Numer, M. S. y Gahagan, J. (2009). "The Sexual Health of Gay Men in the Post-AIDS Era: Feminist, Post-Structuralist and Queer Theory Perspectives", en *International Journal of Men's Health, 8* (2), pp. 155-168.

Pérez, M. (2014). "Lo inteligible y su anormal: perspectivas queer-feministas acerca de la constitución de la (a)normalidad", en *Opacidades. Revista de psicoanálisis*, 8, pp. 37-64.

Pérez, M. (2016). "Teoría Queer, ¿para qué?", en *Revista ISEL,* 5, pp. 184-198.

Planella, J. y Pie, A. (2012). "Pedagoqueer: resistencias y subversiones educativas", en *Educación XXI,* 15(1), pp. 265-283.

Radi, B. (2018, 29 de mayo). "Mitología política sobre aborto y hombres trans", en *Sexuality Policy Watch.* Disponible en: www.sxpolitics.org/es/3945-2/3945

Radi, B. y Pérez, M. (2018). "De cambios, géneros y paradigmas", en Barqui, N.; Genise, G. y Tolosa, D. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans*, pp. 21-35, San Martín: Akadia.

Rich, A. (1996). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana", en *Duoda: Estudis de la Diferència Sexual,* (10), pp. 15-48.

Semp, D. (2011). "Questioning heteronormativity: Using queer theory to inform research and practice within public mental health services", en *Psychology & Sexuality, 2* (1), pp. 69-86.

The Lancet (2016). "Transgender health and wellbeing [Transgender health Series infographic]" en *The Lancet 388* (10042). Disponible en www.thelancet.com/infographics/transgender-health

Walker, N. (2016). "Desechen las Herramientas del Amo: Liberándonos del Paradigma de la Patología" [Traducción: Manuel Díaz], en *Neurolatino*. Disponible en www.neurolatino.wordpress.com/2016/06/08/desechen-las-herramientas-del-amo-liberandonos-del-paradigma-de-la-patologia/

Warner, M. (1999). *The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life*. New York: The Free Press.