



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS

**ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA INTERSEXUALIDAD A LA LUZ
DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y
SU REALIDAD EN CHILE**

POR

CAMILO ANDRÉS GODOY PEÑA

Seminario presentado a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Concepción para optar al título profesional de Administrador Público con mención en Ciencia Política

Profesora Guía: Dra. Ximena Andrea Gauché Marchetti

Concepción, octubre de 2015

© 2015 Camilo Andrés Godoy Peña

Ninguna parte de esta tesis puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito del autor

CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCION	1
PROBLEMATIZACION.....	2
OBJETIVOS	4
PROPUESTA METODOLOGICA.....	5
RESULTADOS ESPERADOS.....	6
CAPITULO I:.....	7
“Hacia un concepto de intersexualidad”	7
1.1. Algunas precisiones sobre el sexo.....	8
1.2. Sobre la diferenciación y el desarrollo sexual humano	8
1.3. Sobre la clasificación de seres humanos como hombres o mujeres	10
1.4. Sobre las excepciones a la “regla”	11
1.5. Concepto de Intersexualidad	13
1.6. Frecuencia de la intersexualidad	17
CAPITULO II:.....	19
“Tratamiento histórico de la intersexualidad”	19
2.1. Primeros rastros históricos de la intersexualidad.....	20
2.2. Edad Antigua	21
2.3. Edad Media.....	23
2.4. Edad Moderna	27
2.5. Edad Contemporánea.....	31

2.6. Siglo XVIII: El sexo verdadero	32
2.7. Siglo XIX: La edad de las gónadas	35
2.7.1. El miedo a la homosexualidad y la crisis de las identidades sexuales	37
2.7.2. La biopolítica y el bio-poder de Foucault	38
2.7.3. La célebre y trágica historia de Herculine Adelaïde Barbin.....	40
2.8. Siglo XX: La edad de la cirugía.....	41
2.8.1. La génesis de los protocolos médicos actuales: John Money y el fraude detrás del supuesto éxito del caso Reimer.....	45
2.8.1.1. Introducción del término género	46
2.8.1.2. Ideas y teorías propugnadas por Money: del “sexo verdadero” al “verdadero género”	46
2.8.1.3. La célebre y trágica historia de Bruce/Brenda/David Reimer.....	48
2.9. Siglo XXI: Los desórdenes del desarrollo sexual (DDS).....	50
CAPITULO III:.....	52
“La lucha intersex por el respeto a sus Derechos Humanos”	52
3.1. La génesis del activismo intersex: Cheryl Chase y la fundación de la Sociedad Intersex de Norteamérica	53
3.2. Las denuncias sobre las cirugías y su entorno	56
3.2.1. Sobre la emergencia y las verdaderas razones.....	57
3.2.2. Sobre los criterios médicos y la asignación de la mayoría como mujer.....	59
3.2.3. Sobre la falta de evidencia de los protocolos médicos y las consecuencias de la cirugía genital	64
3.2.4. Sobre el consentimiento de los padres y la libre autodeterminación de los niños	69
3.3. El modelo binario, el relativismo cultural y las excepciones al modelo	72
3.4. Algunos aportes y reflexiones en torno a la violencia	75
3.5. El nuevo lenguaje e ideas en torno al sexo y la intersexualidad.....	77
3.6. Las demandas del activismo intersex	78
3.7. Logros, repercusiones y desafíos del activismo intersex.....	80

3.8. 2015: Malta, el mayor triunfo en la historia del activismo intersex	83
CAPITULO IV:	86
“El tratamiento de la intersexualidad desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”	86
4.1. ¿Por qué, en el marco de esta investigación, se decide dedicar un capítulo al Derecho Internacional de los Derechos Humanos?.....	87
4.2. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos	88
4.3. Hacia un marco de protección de las personas intersex, en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	91
4.3.1. La Convención sobre los Derechos del Niño	96
4.3.1.1. Observación general n° 7, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia (2005)	97
4.3.1.2. Observación general n° 12, sobre el derecho del niño a ser escuchado (2009)	99
4.3.1.3. Observación general n° 13, sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (2011)	100
4.3.1.4. Observación general n° 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (2013).....	101
4.3.1.5. Observación general n° 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013)	103
4.3.2. El concepto de <i>soft law</i>	104
4.3.2.1. ¿Qué ha dicho el Sistema Universal de Derechos Humanos sobre las personas intersex?	106
4.3.2.2. ¿Qué han dicho los Sistemas Regionales de Derechos Humanos sobre las personas intersex?..	112
4.3.2.3. Creciente preocupación sobre la situación de los niños intersex en Chile	116
CAPITULO V:	117
“La situación intersex en Chile al año 2015. Realidad y recomendaciones”	117
5.1. Algunas precisiones previas	118

5.2. Hacia un marco inicial de protección de las personas intersex.....	120
5.3. Antecedentes de intersexualidad en Chile.....	123
5.4. ¿Existen políticas públicas destinadas específicamente a la protección de las personas intersex en Chile?	124
5.5. Benjamín y Florencia, dos casos de intersexualidad emblemáticos en Chile.....	125
5.6. La historia de "Ale".....	129
5.7. ¿Podemos hablar de violencia hacia quienes no cumplen con los estándares de corporalidad cultural y médicamente aceptados en Chile?.....	131
5.8. ¿Atisbos de cambio de paradigma en los profesionales de la salud en Chile?	133
5.9. Medidas urgentes a tomar en Chile	136
PRECISIONES FINALES.....	139
REFLEXIONES FINALES	141
LISTA DE REFERENCIAS.....	144
ANEXO 1.....	171
CIDH: Personas Intersex. Extractos de la audiencia convocada <i>ex officio</i> por la CIDH	171
ANEXO 2.....	182
Radio Bio Bio: Entrevista a madre de bebé "sexo ambiguo" nacido en Puerto Montt y a Jefe del Archivo General del Registro Civil, Miércoles 23 de mayo de 2012	182
ANEXO 3.....	185
Radio Bio Bio: Entrevista a expertos por nacimiento de bebé "sexo ambiguo" en Puerto Montt, Jueves 24 de mayo de 2012	185
ANEXO 4.....	192
Entrevista a intersexual chileno, miércoles 15 de abril de 2015.....	192
ANEXO 5.....	205
Entrevista a activista trans chileno, defensor de derechos humanos y consultor internacional en derechos humanos e identidad de género, sábado 6 de junio de 2015.....	205

TABLAS

Tabla 1: Configuraciones sexuales “estándar” de hombres y mujeres. Fuente: Gauché (2011, pp. 74 - 78). Elaboración propia.....	11
Tabla 2: Ejemplos de manifestaciones de la intersexualidad. Fuente: Cabral y Benzur (2005, p. 284). Elaboración propia.....	14
Tabla 3: Los nueve principales tratados internacionales de DDHH y su estatus en Chile. Fuente: OACNUDH (2015) Elaboración propia. Enlace en lista de referencias.....	90
Tabla 4: Mecanismos de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Fuente: ACNUDH (2011). Elaboración propia.	106

ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Longitud médicamente aceptada de clítoris y pene (no erectos) al momento de nacer (imagen copiada de Kessler, 1997, p. 33).....	60
---	----

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer al ser humano más hermoso que he conocido en la vida: mi madre Lorena. Gracias por tu amor infinito, por estar conmigo siempre y por enseñarme, con tu ejemplo, lo importante que es servir a los demás con amor. Sin ti nada de lo que he hecho habría sido posible, y yo no sería el hombre que soy el día de hoy. Te amo.

En segundo lugar, agradezco a cada uno de mis amigos, la familia que yo he escogido, y que me han honrado con su preciosa compañía especialmente durante mis años en Concepción. A cada uno de ustedes los llevo en el corazón.

Finalmente debo señalar que tres personas han incidido y motivado con sus vidas la realización de este trabajo, y las paso a nombrar cronológicamente. La profesora Ximena Gauché, a quien agradezco por ser una excelente docente, por sus apasionantes clases, por educar dentro y fuera de las aulas y por visibilizar a la diversidad sexual en la Academia. Gracias por todo el bello trabajo que ha sembrado y que ha motivado a alumnos como yo a seguir su ejemplo. El defensor de Derechos Humanos Andrés Rivera quien valientemente ha entregado su vida y su corazón a esta bella lucha por el respeto de todo ser humano. Gracias Andrés por encarnar la dignidad por la que tanto luchamos, por ser un hombre ejemplar, por animarme a trabajar este tema y por tu amistad. Y un ser humano a quien quiero dedicar especialmente este trabajo, "Ale", quien ha abierto su corazón y ha compartido su historia conmigo para la realización de esta investigación. Querido Ale, eres un ser humano hermoso y digno de admiración, un hombre valiente quien pese a toda la adversidad sigue luchando con una fuerza inquebrantable. Este seminario de título va por ti y por todas las personas intersex que al igual que tu han sido víctimas de la injusticia. Mi corazón anhela contribuir con este grano de arena para que esta historia no se repita nunca más.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar el tratamiento de la intersexualidad a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y su realidad en Chile. A partir de los resultados se formularon recomendaciones que guíen la acción del Estado de Chile en esta materia.

Se utilizó una metodología basada en fuentes primarias y secundarias. Las primarias a través de una investigación no experimental, transversal y exploratoria, que contó con datos bibliográficos provenientes de diversas disciplinas dada la naturaleza del tema (medicina, psicología, antropología, sociología, derecho, ciencia política, etc.). Debido a las limitadas publicaciones en español se recurrió también a bibliografía comparada (en inglés, francés y portugués). Las secundarias, a partir de dos entrevistas a informantes claves (datos de campo), un reconocido activista trans y defensor de Derechos Humanos chileno, y una persona intersex chilena cuyo testimonio sale a la luz por primera vez.

Los resultados alcanzados permitieron concluir que existen una serie de medidas necesarias de llevar a cabo por el Estado para proteger y respetar la diversidad corporal de las personas intersex, especialmente niños, niñas y adolescentes, y que dicen relación con un cambio en el paradigma médico y de los tratamientos actuales, acciones gubernamentales principalmente a través del Ministerio de Salud tendientes a reconocer y resguardar esta realidad, y la sensibilización, capacitación y debate respecto a la temática, con especial énfasis en áreas clave como la Administración Pública, el Derecho y la Medicina.

Palabras clave: intersexualidad, historia, Derecho Internacional Derechos Humanos, Chile.

INTRODUCCION

La existencia de las personas intersex y el tratamiento del que suelen ser objeto son ampliamente ignorados en la mayor parte del mundo incluido Chile. Son numerosas las denuncias hechas por estas personas y casi nulos los avances estatales para asegurar el respeto de sus derechos humanos. Por ello es que este trabajo cobra relevancia, pues al ser el primero en Chile en analizar en profundidad la temática pretende visibilizarla y contribuir con recomendaciones que guíen al Estado en pos del pleno respeto a los derechos humanos de estas personas.

La principal herramienta de análisis de la intersexualidad es el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (en adelante, DIDDHH) pues es un tema que debe ser conocido por quienes trabajarán el día de mañana en el sector público. El respeto al Derecho Internacional y a los Derechos Humanos no sólo son pilares fundamentales de la Política Exterior de Chile, sino que también del Programa de Gobierno de la Presidenta de la República, en donde se designa al DIDDHH como el sustento de la Nueva Constitución. De hecho, ya la actual Carta Fundamental chilena consagra en su artículo 5° la importancia del respeto a los Derechos Humanos y a los tratados internacionales ratificados por nuestro país. Este es el marco en el que todo Administrador Público debe actuar, en tanto parte del Estado.

Para cumplir los objetivos fue necesario dedicar el capítulo I a definir la intersexualidad, con un paso fundamental por elementos biológicos que nos dan un marco general básico para entender de qué estamos hablando. El capítulo II, por su parte, entrega un recorrido histórico del tratamiento de la intersexualidad que contribuye a comprender el tratamiento actual en Chile y el mundo, mientras que el III reafirma la problemática planteada, explicando la génesis y el contenido de las denuncias intersex en torno a su tratamiento. El capítulo IV constituye el análisis desde el DIDDHH y el V da cuenta de la situación en Chile para luego entregar recomendaciones basadas en el capítulo que lo precede.

PROBLEMATIZACION

Una de las mayores preocupaciones actuales en la agenda del Sistema Universal de Promoción y Protección de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, ONU) ha sido terminar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes a nivel mundial, tanto física como psíquica. En este sentido, el 23 de septiembre de 2014, en el marco de la 27ª sesión del Consejo de Derechos Humanos de la ONU llevada a cabo en Ginebra, se celebró un panel de discusión sobre los medios para acelerar los esfuerzos mundiales con el propósito de poner fin a la violencia contra los niños (HRC, 2014). Éste, tiene como antecedente la resolución 25/10 del 26 de marzo del mismo año titulada “Acabar con la violencia contra los niños: un llamamiento mundial para hacer visible lo invisible”, y en él se reconoció la protección de los niños frente a la violencia como una prioridad urgente.

La resolución recién mencionada reafirma que los Estados tienen la responsabilidad primordial de promover y proteger los Derechos Humanos y de adoptar las medidas apropiadas para proteger al niño contra todas las formas de violencia física o mental, y entre los temas de actualidad más destacados se encuentran las prácticas que son perjudiciales para la salud infantil, como la mutilación/ablación genital femenina - MGF - (ONU, s.f.)¹ y que violan el derecho del niño a la integridad física. De hecho, la ONU ha lanzado una campaña específicamente dirigida a terminar con este tipo de violencia² recurrente en 29 países de África y Oriente Medio³.

En este contexto, es que emerge la inquietud sobre un tema directamente relacionado con infancia, Derechos Humanos, mutilación e invisibilidad, del que se tiene muy poco conocimiento en Chile y el resto del mundo, y que ha ido ganando lenta pero progresiva visibilidad gracias a organizaciones de

¹ El 6 de febrero ha sido declarado, por Naciones Unidas, como el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina (ONU, s.f.).

² El 6 de febrero de 2014, el Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, declaró que: “No hay ninguna razón religiosa, de desarrollo o de salud para mutilar a una niña o a una mujer. Aunque algunos argumenten que esta práctica es una ‘tradición’, debemos recordar que la esclavitud, los llamados crímenes de honor y otras prácticas inhumanas se han defendido con el mismo argumento débil. El hecho de que una práctica perjudicial haya existido durante mucho tiempo no justifica que se continúe. Todas las ‘tradiciones’ que degradan, deshumanizan y lesionan son violaciones de los derechos humanos que debemos combatir activamente hasta que desaparezcan” (ONU, 2014, s.p.).

³ “Se calcula que a día de hoy hay unos 125 millones de niñas y mujeres mutiladas en 29 países de África y Oriente Medio” (ONU, s.f., s.p.).

la sociedad civil. Dicho tema es la existencia y tratamiento de las personas intersex, especialmente niños, niñas y adolescentes.

A este respecto hay que señalar que una de las principales denuncias de dichas organizaciones dice relación con la cirugía infantil o Mutilación Genital Intersex (en adelante, MGI) - como ellos la llaman - y que se practica alrededor de todo el mundo a los niños⁴ intersex. Por su lado, la mayor parte de la comunidad médica ha señalado durante décadas que dicho procedimiento se lleva a cabo con el propósito de "normalizar" o remediar lo que denominan Trastornos o Desordenes del Desarrollo Sexual (DSD, siglas en inglés).

El primer gran antecedente en la lucha de las personas intersex por el reconocimiento y el respeto de sus derechos humanos, es lo que la Sociedad Intersex de Norteamérica (en adelante, ISNA, por sus siglas en inglés) llamó "la primera demostración pública de intersexuales en la historia moderna" (ISNA, 1996b), y que tuvo lugar el 26 de octubre de 1996 en Boston, Estados Unidos. Hoy, casi 19 años después de este hito, el pleno respeto por sus Derechos Humanos en la mayor parte del mundo, incluido Chile, sigue siendo una demanda pendiente.

Considerando que en la mayoría de los países, incluido Chile, no existe un sistema de protección y promoción de los derechos de los niños intersex, y ni siquiera discusión política o académica al respecto, esta investigación busca responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es la intersexualidad y cuál es el tratamiento que se la ha dado históricamente hasta nuestros días?
2. ¿Qué elementos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos podemos usar para analizar el tratamiento a las personas intersex?
3. ¿Cuál es la situación de las personas intersex en Chile y qué medidas debería tomar el Estado para asegurar la protección de sus derechos humanos?

⁴ Entendemos por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, de acuerdo a lo señalado en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989).

Todas ellas, como un primer acercamiento al tema, y con el fin último de visibilizar, particularmente entre quienes trabajan en el ámbito público chileno, la existencia y problemática de las personas intersex, especialmente niños, niñas y adolescentes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el tratamiento de la intersexualidad a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y su realidad en Chile, para formular recomendaciones que guíen la acción del Estado en esta materia.

Objetivos Específicos

1. Definir la intersexualidad.
2. Describir el tratamiento histórico de la intersexualidad hasta nuestros días.
3. Especificar las demandas del activismo intersex.
4. Examinar el tratamiento a las personas intersex bajo la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.
5. Analizar la situación de las personas intersex en Chile, especialmente niños, niñas y adolescentes, formulando recomendaciones que guíen la acción del Estado en esta materia.

PROPUESTA METODOLOGICA

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, es decir, se observará la existencia de una problemática tal cual es. Asimismo, este trabajo se lleva a cabo de manera transversal-exploratoria pues analiza la situación al año 2015; y de acuerdo a la procedencia de los datos recogidos corresponde a un diseño tanto bibliográfico como de campo.

Respecto de los datos bibliográficos, cabe señalar que por la naturaleza del tema, se hace necesario tratarlo con un enfoque interdisciplinario, razón por la cual la bibliografía cuenta con aportes provenientes del derecho, la ciencia política, la psicología, la sociología, la medicina, la filosofía, entre otros. Y dada la limitada información disponible en español, se trabaja además con bibliografía en inglés, portugués y francés.

Técnicas de recolección de información

Según el tipo de datos a recopilar, la metodología de esta investigación se compone de datos primarios y de secundarios. La primera a partir de documentos de otros investigadores, artículos y entrevistas de prensa, entre otros. La segunda fue cualitativa, ya que se llevaron a cabo dos entrevistas semiestructuradas e individuales a informantes clave.

Plan de análisis

Luego de haber recopilado los datos bibliográficos y de campo con los cuales se constituirá un corpus analizable, se hará un detallado examen del contenido a efectos de responder cada una de las preguntas de la investigación y de elaborar una serie de recomendaciones que guíen la acción del Estado de Chile en la materia.

RESULTADOS ESPERADOS

Casi no existen antecedentes en Chile de la intersexualidad. De igual forma, la mayor parte de la población ignora la existencia de las personas intersex, el tratamiento al que son sometidas - en su mayoría - desde su nacimiento, así como sus demandas.

Teniendo presente aquello, esta investigación pretende contribuir a la visibilización de la existencia y la problemática de las personas intersex - especialmente niños, niñas y adolescentes - entre quienes trabajan en el ámbito público chileno, y aportar así a una efectiva promoción y protección de sus Derechos Humanos.

Haciendo una acuciosa revisión de la historia de la intersexualidad hasta hoy y de avances recientes en torno a la temática, se espera examinar el tratamiento a las personas intersex bajo la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, analizar su situación actual en Chile y entregar una serie de recomendaciones al Estado que sirvan de guía en esta materia.

CAPITULO I:

“Hacia un concepto de intersexualidad”

“Simplemente, el sexo de un cuerpo es un asunto demasiado complejo. No hay blanco o negro, sino grados de diferencia” (Anne Fausto-Sterling, 2006)

1.1. Algunas precisiones sobre el sexo

“Simplemente, el sexo de un cuerpo es un asunto demasiado complejo. No hay blanco o negro, sino grados de diferencia”, señala la doctora Anne Fausto-Sterling (2006, p. 17). Pero ¿por qué hacer tal afirmación si tradicionalmente reconocemos y se nos enseña desde temprana edad de la existencia de dos sexos opuestos (hombre y mujer), claramente definidos, y cuyas diferencias son – aparentemente – conocidas por todos?

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) señala que “el sexo se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres” (s.f.)⁵ y así lo han entendido la mayor parte de los sistemas occidentales⁶ puesto que en todo orden de cosas, desde el certificado de nacimiento hasta el de defunción, está presente la casilla de sexo en donde hay dos opciones a marcar, masculino (M) o femenino (F).

Más allá de lo meramente registral, es dable afirmar que estamos ante un supuesto que impregna todas las áreas de nuestras vidas y culturas, y que además importa. Un buen ejemplo de ello es la pregunta más recurrente cuando una persona está embarazada: “¿es niño o niña?”, asumiendo, a través de ella, que las características biológicas de ese bebé permiten establecer si es hombre o mujer, lo que – en teoría – estaría claramente definido y delimitado.

Es común pensar que el sexo de una persona está determinado por los genitales externos (pene y escroto frente a la vulva, lo que equivaldría a hombre frente a mujer). De hecho, en la sala de partos suele ser el elemento primordial – en tanto visible al ojo humano – para determinar si un bebé es de sexo masculino o femenino. Sin embargo, como veremos a continuación, los genitales externos representan solo un elemento más del cuerpo humano sexuado.

1.2. Sobre la diferenciación y el desarrollo sexual humano

En forma general, hay que señalar que en el momento de la concepción, el óvulo posee un cromosoma X y el espermatozoide puede contener un cromosoma X o un cromosoma Y, los que al unirse formarán el cigoto. En el transcurso de las seis primeras semanas del feto, las estructuras sexuales, o

⁵ En World Health Organization (WHO). What do we mean by “sex” and “gender”? Enlace en lista de referencias.

⁶ A excepción de Alemania, Australia y Nueva Zelanda, en donde existe un tercer sexo legalmente reconocido.

sea, las gónadas primordiales y los genitales externos son idénticos e indiferenciados (Ugarte & Sepúlveda, 2007). Alrededor de la séptima semana de gestación los cromosomas indican a estas gónadas el inicio de la diferenciación, lo que llevará a la formación de ovarios o de testículos en cada caso (Gauché, 2011).

Según un documento de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), la labor fundamental del cromosoma Y “será la de dirigir la diferenciación de la gónada indiferenciada hacia testículo; siendo interesante de destacar que la tendencia inherente del sistema es desarrollar el fenotipo femenino en ausencia de factores virilizantes” (2010, p. 44), y es en el gen SRY⁷ (región del cromosoma Y) donde se ubica la función determinante del sexo. Hay que añadir además que “la diferenciación del testículo precede a la diferenciación del ovario” (p. 46).

En esta línea, Varela (2007) se pregunta ¿qué pasa con las gónadas femeninas? ya que se conoce poco respecto de aquellos mecanismos que las determinan y diferencian. Clásicamente se ha dicho que en ausencia del gen SRY, del que hablábamos en el párrafo precedente, la gónada indiferenciada constituiría un ovario lentamente, pero “se sospecha que deben existir genes favorecedores de formación de ovarios que aún no se definen” (p. 32).

Varela afirma además que hacia la quinta y sexta semana de desarrollo embrionario (aún etapa indiferenciada de desarrollo sexual) se encuentran presentes – en todos los fetos – los conductos de Wolff (o mesonéfricos) y los conductos de Müller⁸ (o paramesonéfricos), que constituyen lo que más adelante serán las vías genitales masculina y femenina, respectivamente.

Paralelamente, el especialista explica que el testículo fetal producirá dos hormonas: la testosterona, que proviene de las células de Leydig, y la anti Mülleriana, proveniente de las células de Sertoli. Así, en los niños los conductos de Wolff se diferencian y forman la vía espermática (epidídimo, deferente y conducto eyaculador) gracias a la primera hormona, y desaparecen los conductos de Müller, por acción

⁷ Varela (2007) señala que “aún no se conoce con exactitud la forma como actúa el SRY pero se plantea la acción conjunta con otros genes” (p. 32) y que no sólo importan los niveles de SRY sino que también el momento en que actúen.

⁸ El mismo autor indica que a diferencia de las gónadas y de los esbozos genitales primitivos, estos pares de conductos son unipotenciales, es decir, se desarrollarán a partir de cada uno de ellos los conductos masculinos o femeninos.

de la segunda hormona. Ahora, en las niñas ninguna de estas hormonas está presente, lo que conlleva la desaparición de los conductos de Wolff y la conversión de los conductos de Müller en el primordio útero-vaginal que posteriormente originará la vagina, el útero y las trompas de Falopio.

Como ya se ha señalado, hasta aproximadamente la séptima semana los genitales externos son indiferenciables y será por el efecto de la testosterona que éstos se modificarán hasta la constitución del pene y las bolsas escrotales (virilización, en términos médicos). Por su parte, el desarrollo de los genitales externos en la niña (feminización) tiene lugar sin intervención de hormonas sexuales (Varela, 2007) e incluso en ausencia de ovarios (PUC, 2010). Dicho de otra forma, “en ausencia del cromosoma Y la tendencia natural del organismo es la de diferenciar la vía genital femenina”⁹ (p. 48).

Finalmente, cabe mencionar que las principales hormonas sexuales son los estrógenos y progesterona, en el caso de las mujeres y la testosterona, en el caso de los hombres (producidas por ovarios y testículos, respectivamente). Éstas además incidirán fuertemente en el desarrollo de las características sexuales secundarias que son aquellas que contribuyen a la diferenciación sexual en la pubertad. Algunas de las características sexuales secundarias más llamativas son el crecimiento de la barba y la “manzana de Adán” en los hombres, y el desarrollo de las mamas en las mujeres.

Los elementos aquí expuestos dejan en evidencia que a partir del factor cromosómico se desencadenan una serie de procesos que determinan la diferenciación sexual entre los seres humanos, y que hay un largo y complejo camino hasta la formación de los genitales externos y de las características sexuales secundarias, que son aquellas características corporales visibles al ojo humano.

1.3. Sobre la clasificación de seres humanos como hombres o mujeres

En el punto anterior se ha relatado brevemente la serie de acontecimientos sucesivos que llevan a la diferenciación y al desarrollo sexual humano. En base a este proceso, diversos autores hablan no sólo de sexo cromosómico, sino también de sexo gonadal, sexo genital, sexo fenotípico (Mejías, Duany & Taboada, 2007) e inclusive de sexo hormonal (Vargas, 2013).

⁹ La diferenciación sexual primaria es de carácter femenino (PUC, 2010, p. 53). Como lo señala Riso (2008, p. 98; citado por Gauché, 2011, p. 74): “Esto conduce a que muchos estudiosos desde la medicina y aún desde la psicología señalen que, estrictamente y considerando a la madre naturaleza, al macho hay que fabricarlo mientras que la hembra está ahí desde la concepción”.

A continuación, las configuraciones sexuales médicamente concebidas como “normales” y acordes a la expectativa social que induce a preguntar si el ser en gestación “¿es niño o niña?”.

Características biológicas	Hombre	Mujer
Composición cromosómica	XY	XX
Órganos reproductores		
Genitales externos	Pene y escroto	Vulva (clítoris, eminencia del pubis, labios internos, labios externos y abertura vaginal)
Genitales internos	Testículos, conducto deferente, próstata y vesículas seminales	Vagina, útero, ovarios y trompas de falopio
Componente hormonal	Testosterona	Estrógeno y progesterona
Características sexuales secundarias	Ej.: Barba	Ej.: Desarrollo de mamas

Tabla 1: Configuraciones sexuales “estándar” de hombres y mujeres. Fuente: Gauché (2011, pp. 74 - 78). Elaboración propia.

La medicina espera que los cuerpos de niños y niñas sigan una linealidad, o mejor dicho, que haya concordancia entre los distintos tipos de sexo (cromosómico, gonadal, hormonal, genital y fenotípico), sin embargo, los hechos demuestran que esto no siempre es así y de estas diferencias, las que más alarma provocan entre los médicos, son aquellas que involucran a los genitales, pues ponen en jaque la asignación de sexo al nacer.

Claro está que el sexo se define en términos de hombres y mujeres, como blanco o negro, sin embargo, en medio de estos “extremos” hay infinitos grises que desafían los supuestos sociales y médicos sobre éste. En palabras de Gauché “la realidad prueba que hay individuos que se encuentran en un lugar entre el continuo de las diferencias entre ambos [sexos], no siendo tan claro que en cada persona se presenten de forma absoluta los componentes de cada sexo” (2011, p. 74).

1.4. Sobre las excepciones a la “regla”

Como hemos visto, el elemento cromosómico es el primer paso en el camino a la sexuación de los seres humanos, los que suelen nacer con 46 cromosomas divididos en 23 pares. Sin embargo, la OMS¹⁰ informa de una realidad bastante desconocida, y es que pese a que la mayoría de las mujeres son 46XX

¹⁰ En World Health Organization (WHO). Gender and Genetics. Enlace en lista de referencias.

y la mayoría de los hombres son 46XY, hay algunos nacimientos por mil en que las personas nacen con un solo cromosoma sexual (45X o 45Y) o con tres o más cromosomas (47XXX, 47XYY, 47XXY, etcétera). Pero, quizás la realidad más sorprendente es que hay hombres que nacen 46XX y mujeres que nacen 46XY (s.f.). Entonces ¿tienen asidero nuestras creencias sobre el sexo como categoría binaria y excluyente, representando a hombres y mujeres como extremos e incluso opuestos biológicos?, ¿tiene lugar la pregunta de si es niño o niña? Y lo más intrigante: ¿Cuál o cuáles elementos considerar para determinar el sexo de una persona?

En este último punto es sumamente útil reflexionar sobre la obra de Elsa Dorlin (2005), quien relata que a fines del siglo XIX – y producto de avances tales como la anestesia – se realizaron pruebas en personas vivas que fueron mostrando poco a poco que los caracteres sexuales están demasiado entrelazados exterior e interiormente, y además se descubrió la existencia de gónadas mixtas en algunas personas (llamados ovotestis, y en los cuales coexiste tejido testicular y ovárico). Por estos motivos quedó en evidencia que las gónadas no constituyen un criterio infalible en lo que respecta a la asignación de sexo.

Al no encontrar la medicina la anhelada respuesta en lo gonadal, entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, las hormonas emergen como la tan buscada base natural de la “bi-categorización sexual”. Mas las investigaciones biomédicas no tardarían en darse cuenta de lo siguiente:

Les hormones dites «sexuelles» ont des fonctions bien plus complexes que la simple sexuation des corps; que les hormones dites «masculines» et «féminines» sont présentes chez les femmes comme chez les hommes; enfin, que les hormones «masculines» peuvent avoir des effets féminisants dans certaines circonstances et inversement [Las llamadas hormonas “sexuales” tienen funciones mucho más complejas que la simple sexuación del cuerpo; que las hormonas llamadas “masculinas” y “femeninas” están presentes tanto en hombres como en mujeres; por último, que las hormonas “masculinas” pueden tener efectos feminizantes en ciertas circunstancias y viceversa] (p. 126).

Desde mediados del siglo XX y en el transcurso de su segunda mitad surgirían nuevos elementos como eventuales soluciones a esta “crisis del sexo”, esta vez provenientes de la genética. Aquí se populariza la premisa de que los cromosomas XX y XY son los determinantes del sexo, pero las

excepciones y contradicciones desafiarían la validez de este criterio y su propio enfoque fundacionalista. Dorlin es categórica al advertir que: “*On estime que près de 10 % des individus sont des «hommes» qui possèdent une formule chromosomique XX ou des «femmes» qui possèdent une formule XY, ce qui fait du sexe chromosomique un critère des plus faillibles*” [Se estima que cerca del 10% de las personas son “hombres” que tienen una fórmula cromosómica XX o “mujeres” que tienen una fórmula XY, lo que hace del sexo cromosómico uno de los criterios más falibles] (p. 127).

Volviendo a las informaciones con las que abrimos este punto, la OMS concluye que: “*Clearly, there are not only females who are XX and males who are XY, but rather, there is a range of chromosome complements, hormone balances, and phenotypic variations that determine sex*” [Claramente, no hay solo mujeres que son XX y hombres que son XY, sino más bien, hay una gama de complementos cromosómicos, balances hormonales y variaciones fenotípicas que determinan el sexo]¹¹ (s.f.). Mientras las reflexiones finales de Dorlin apuntan a que todo supuesto fundamento natural de la bi-categorización sexual parece muy difícil de encontrar dada la enorme diversidad y singularidad corporal, sumado a la multiplicidad de conformaciones sexuales existentes en todo nivel físico.

Finalmente, extraemos del trabajo de Dorlin, que es gracias al tema que introduciremos en el próximo punto, que las teorías contemporáneas sobre sexo han dejado atrás términos como identidad sexual masculina o femenina, acuñando conceptos como: “*PROCESSUS DE SEXUATION PROGRESIVE DES CORPS*” [PROCESO DE SEXUACIÓN PROGRESIVA DE LOS CUERPOS; mayúscula de la autora] (p. 128). A continuación, la realidad que desafía todos los supuestos médicos y sociales sobre el sexo.

1.5. Concepto de Intersexualidad¹²

La palabra clave para entender este concepto es: variación. En palabras de Mauro Cabral¹³ (2005), la intersexualidad corresponde a “todas aquellas situaciones en las que el *cuerpo sexuado* de un individuo

¹¹ En World Health Organization (WHO). Gender and Genetics. Enlace en lista de referencias.

¹² El concepto de intersexualidad que tomará esta investigación es el proveniente del mundo de los Derechos Humanos, aquél que forma parte precisamente de la versión que no ha sido escuchada a través de los años, la de sus protagonistas. Por tanto, al ser un trabajo de Derechos Humanos y no de medicina, no busca indagar sobre las causas biológicas de las manifestaciones de la intersexualidad, ni mucho menos encontrarles una “solución”. Más bien, se pretende entregar información muy poco difundida, incentivar la reflexión, contribuir al debate, y por sobre todo, promover el respeto de los Derechos Fundamentales de las personas intersex.

¹³ Argentino, Licenciado en Historia y Doctorado en Filosofía, profesor de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Miembro del *International Board* de CLAGS (*Center for*

varía respecto al *standard* de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” (p. 284). A continuación, sólo algunos ejemplos de posibles manifestaciones de la intersexualidad:

Características biológicas	Estándar corporal culturalmente aceptado	Intersex
Composición cromosomática	XY (hombre), XX (mujer)	XXY, XX0
Configuración y localización de gónadas	Testículos "en su lugar" (hombre), ovarios "en su lugar" (mujer)	Coexistencia de tejido testicular y ovárico, testículos no descendidos
Genitales	Pene (hombre) y vagina (mujer) "de tamaño aceptable"	Pene "demasiado pequeño", clítoris "demasiado grande"

Tabla 2: Ejemplos de manifestaciones de la intersexualidad. Fuente: Cabral y Benzur (2005, p. 284). Elaboración propia.

En los ejemplos del cuadro anterior, queda en evidencia que la intersexualidad no responde a un patrón común ni a una lista de manifestaciones rígida o taxativa, sino sólo a las variaciones de aquel estándar culturalmente aceptado de “lo femenino” y “lo masculino”, de “lo normal” – es decir, una gama de infinitas posibilidades – el que determina cómo se observa y se mide el cuerpo del ser humano desde su nacimiento. En este mismo esfuerzo por definir el término, cabe añadir que a una idéntica definición, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) agrega además que:

Históricamente la comprensión de esta identidad biológica específica [intersex] se ha denominado a través de la figura mitológica del hermafrodita¹⁴, la persona que nace “con ‘ambos’ sexos, es decir, literalmente, con pene y vagina”. Estas expresiones, también se han reflejado en el lenguaje jurídico y en el lenguaje médico. En la actualidad, tanto en el movimiento social LGTBI, como en

Lesbian and Gay Studies) y coordinador del Área Trans e Intersex del Programa para Latinoamérica y el Caribe de IGLHRC (*International Gay and Lesbian Human Rights Commission*). Cabral es además uno de los signatarios de los Principios de Yogyakarta y probablemente el activista intersex más importante de Latinoamérica.

¹⁴ Este concepto proviene de Hermafrodito, persona de la mitología griega, hijo de Hermes y Afrodita y que poseía rasgos físicos de ambos sexos. El término hermafrodita es ampliamente rechazado por las personas intersex por considerarlo peyorativo y anacrónico, además de tener una marcada tendencia patologizante.

la literatura médica y jurídica se considera que el término intersex es técnicamente el más adecuado (2012, p. 3).

Ahora, para delimitar de mejor forma aun esta definición hemos de aclarar que la intersexualidad no es un género, pues no alude a "las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas" (CIDH, 2012, p. 4), no es una orientación sexual, pues no se refiere a "la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad [de] mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas" (CIDH, 2012, p. 4), no es una identidad de género, ya que no alude a la "vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento" (CIDH, 2012, p. 5)¹⁵, ni tampoco es una expresión de género, pues no se refiere a "la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado" (CIDH, 2012, p. 6). Y, como lo señala la principal organización intersex del mundo en la actualidad, Organización Internacional Intersex (en adelante, OII):

Intersex is not a medical condition or a disorder or a disability or a pathology or a condition of any sort. Intersex is differences in the same way height, weight, hair colour and so on are differences. Only a very few ways of being intersex have links to differences that might cause illness [La intersexualidad no es una condición médica o un desorden o una discapacidad o una patología ni una condición de ningún tipo. La intersexualidad es diferencia tal como lo son la altura, el peso, el color de cabello y así sucesivamente. Sólo unas pocas manifestaciones de la intersexualidad tienen enlaces que podrían causar enfermedades] (2010, p. 2, citado por el Parlamento de Australia, 2013, pp. 3 – 4).

¹⁵ Hay quienes confunden el término intersex con el término trans, sin embargo, este último se refiere a la "no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a éste" (CIDH, 2012, p. 5). De forma muy general, podemos señalar que mientras la lucha trans busca principalmente el respeto a su identidad de género, la lucha intersex busca el respeto a la diversidad corporal. En común, está la lucha por la despatologización.

No obstante lo anterior, durante décadas la comunidad médica ha considerado estas variaciones biológicas como “producto de programas de desarrollo defectuosos, desordenados, arrestados, incompletos, patológicos y anormales” (Jorge, 2011, p. 253). Por esta razón, es que “los protocolos médicos estandarizados se basan en un diagnóstico lo más temprano posible a fin de realizarle una cirugía temprana en la infancia [a las personas intersex]” (Carrillo, 2005, p. 54). En este sentido, Joan Vendrell (2009) afirma que:

Cuando un sistema de género dual pasa a fundamentarse en el sexo, es decir, en el grado de “sexuación” del cuerpo, los cuerpos intersexuales devienen inclasificables y, por tanto, quedan al margen de lo social. Por ello, tan pronto como se disponga de la tecnología adecuada, los cuerpos de los intersexuales serán ‘corregidos’ para adaptarlos a uno u otro de los sexos reconocidos... Desde que se dispone de la tecnología adecuada para efectuar las operaciones de ‘corrección’ del sexo, pocos intersexuales escaparán a este destino (p. 68).

Ante esta situación, el activismo intersex desde sus orígenes en los años 90 condena estas cirugías “correctivas” y las prácticas “normalizantes” en torno a sus cuerpos, señalando que constituyen lo que han llamado “mutilación genital intersexual” (Chase, 2005, p. 101)¹⁶. En palabras de Gregori (2006), estos tratamientos quirúrgicos “correctivos” practicados a los bebés intersex pretenden “normalizar” genitales “que por su apariencia son etiquetados como ‘ambiguos’, ‘deformes’, ‘anómalos’ u ‘ofensivos’, aunque en la mayoría de casos no sean en sí mismos dolorosos ni dañinos para la salud física” (p. 111). Más allá de la crítica a las razones sociales detrás de estos procedimientos, emerge el mayor problema: los resultados de estos tratamientos son física y psicológicamente devastadores (Aliabadi, 2004; Boyle, 2002; Butler, 2006; Cabral, 2003; Chase, 1998; Chiland, 2003; Diamond, 2014; Diamond & Sigmundson, 1997; Ehrenreich & Barr, 2005; Fausto-Sterling, 2006; García, 2015; Gelfman, 2010; Greenberg, 2012; Kogan, 2003; OMS, 2014, 2015; Preves, 2002; Semler, 2010; Tamar-Mattis, 2012).

¹⁶ Cheryl Chase, es internacionalmente reconocida como la precursora del movimiento intersex y fundadora de la *Intersex Society of North America* (ISNA). La obra aquí citada, titulada: “*Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism*” fue originalmente publicada por el *Journal of Lesbian and Gay Studies* en 1998, y su publicación en español tendría lugar el año 2005 en el libro: “El eje del mal es heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas feministas *queer*”.

1.6. Frecuencia de la intersexualidad

La convicción y fundamento de esta investigación está en los Derechos Humanos, perspectiva bajo la cual una cifra no resulta tan importante si consideramos que éstos son universales, inalienables, interdependientes, indivisibles, iguales y no discriminatorios (OACDH, s.f.). Ergo, aunque hubiese una persona intersex en el mundo, los derechos inherentes a ese ser humano deben ser respetados de igual forma que los del resto. Pese a ello, resulta útil entregar una cifra a efectos de visibilizar el hecho de que los nacimientos de personas intersex son mucho más recurrentes de lo que se piensa, en tanto una más de las múltiples expresiones de la diversidad natural y corporal.

Una de las cifras más citadas y aceptadas es aquella que indica que la intersexualidad se presenta en el 1,7% de todos los nacimientos (Blackless et al., 2000), información que sería reafirmada y popularizada internacionalmente en *Sexing the Body* de Fausto-Sterling ese mismo año. La célebre profesora de biología y medicina de la Universidad Brown aclara que esta cifra “debe tomarse sólo como un orden de magnitud y no como una estimación precisa” (2006, p. 73) porque evidentemente la intersexualidad, como cualquier otra diferencia, no se manifiesta uniformemente en todo el mundo.

Hay que añadir también que algunos señalan que aproximadamente de 1 en 1.500 a 1 en 2.000 nacimientos, involucran a un bebé con genitales visiblemente “atípicos” (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006; Greenberg, 2012), pero estas últimas cifras aluden solo a la intersexualidad visiblemente manifiesta en los genitales al momento de nacer. Por su parte, Mulabi¹⁷ agrega que: “existen alrededor de 75 tipos de manifestaciones de la intersexualidad y aun se siguen descubriendo nuevos datos al respecto” (s.f., s.p.).

En definitiva, la discrepancia entre las estadísticas existe por las diferentes opiniones médicas respecto de lo que constituye un caso de intersexualidad o no, y además porque la intersexualidad no siempre es evidente al nacer (Semler, 2010). Con todo, queda en evidencia que la intersexualidad es mucho más común de lo que se piensa y para graficar aquello, se ha de indicar que estas cifras son mayores que los casos de fibrosis cística, síndrome de Down y albinismo (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006; Fausto-Sterling, 2006) y casi tan comunes como el cabello rojo (OII, 2014).

¹⁷ Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos. Enlace en lista de referencias.

Las diferencias intersexuales pueden ser evidentes en el nacimiento, otras en la pubertad, cuando se trata de concebir, o por medio de la casualidad” (OII, 2014). Inclusive algunas personas pueden morir sin saber que eran intersex (Agramonte, 2008; Inter & Alcántara, 2015).

CAPITULO II:

“Tratamiento histórico de la intersexualidad”

Durante los primeros años de la Ilustración, a finales del siglo XVIII, el establishment médico comenzó a ganar autoridad sobre el cuerpo (Sharon Preves, 2002)

2.1. Primeros rastros históricos de la intersexualidad

Sharon Preves (2002) afirma: “*During the early years of the Enlightenment, in the late eighteenth century, the medical establishment began to gain authority over the body*” [Durante los primeros años de la Ilustración, a finales del siglo XVIII, el *establishment* médico comenzó a ganar autoridad sobre el cuerpo] (p. 535). Pero ¿qué ocurría con las personas intersex en siglos pasados cuando la medicina aun no conocía las hormonas y sobre todo antes del desarrollo de la cirugía genital?

Algunas menciones religiosas sobre la temática, prueban que no estamos ante un “tema reciente”, sino más bien frente a una realidad históricamente reconocida e incluso aceptada en algunas culturas desde la antigüedad. De acuerdo a Fausto-Sterling “los primeros intérpretes de la Biblia pensaban que Adán comenzó su existencia como hermafrodita, y que sólo se dividió en dos individuos, varón y mujer, después de caer en desgracia” (2006, p. 50). Por su parte, libros de la religión judaica como el Talmud y la Tosefta¹⁸ usan los términos andrógino y hermafrodita refiriéndose a toda persona o animal poseedor de órganos y características masculinas y femeninas, e inclusive entregan directrices sobre los derechos y responsabilidades de estas personas (Fausto-Sterling, 2006; Greenberg, 1999).

Lo anterior, mientras en el hinduismo, la unión de las divinidades Shivá y su esposa Parvati daría origen a una deidad hombre en su lado derecho y mujer en el izquierdo, cuyo nombre es Ardhanarishvara¹⁹ (Chiland, 2003).

A lo largo de este capítulo se verá recurrentemente la palabra hermafrodita por corresponder ésta al término que predominó durante cientos de años y de la que se han hecho eco numerosos autores al hablar de la historia de la intersexualidad. Sin perjuicio de ello, es necesario recordar nuevamente que en

¹⁸ Ésta, por ejemplo, “establece que los hermafroditas no pueden heredar el patrimonio paterno (como las hijas) ni recluirse con mujeres (como los hijos) ni afeitarse la barba (como los varones). Cuando estén menstruando deben aislarse de los varones (como las mujeres); tampoco se les permite dar testimonio o ejercer el sacerdocio (como las mujeres), pero se les aplican las leyes antipederastia” (Fausto-Sterling, 2006, p. 50).

¹⁹ Estas enormes diferencias culturales y religiosas del subcontinente indio respecto de Occidente, pudieran ser la razón detrás del reconocimiento legal de un tercer género en varios de los países de la zona, tales como Nepal (2007), Pakistán (2011), Bangladesh (2013) e India (2014). En este último país hay millones de *hijras* (término paraguas que abarca a personas trans, intersex e incluso transformistas). Han existido durante siglos en la cultura india, aun se cree que otorgan buena fortuna y fertilidad a través de las danzas que realizan en nacimientos y bodas, y sus maldiciones infunden pánico. Más detalles sobre la información precedente en El País (2014), La Voz (2011) y The Huffington Post (2014). Enlaces en lista de referencias.

la actualidad este término – prácticamente en desuso – es considerado anacrónico y peyorativo por las razones que se desprenderán del recorrido histórico que sigue.

2.2. Edad Antigua

En la Antigua Grecia las personas cuyo sexo no era claro al nacer o que parecía cambiar durante la pubertad eran quemadas o ahogadas mas, paradójicamente, tenían por divinidad a Hermafrodito²⁰, materializado en la estatua de un grácil adolescente que tenía características de los dos sexos (Chiland, 2003). Algo similar ocurría en la Antigua Roma, donde los bebés nacidos con genitales ambiguos eran asesinados en una ceremonia de purificación por ser considerados monstruos (Gelfman, 2010). Esto es confirmado por Agramonte²¹ (2008), quien afirma que tanto en Grecia como en Roma se asediaba a los hermafroditas desde su nacimiento o al descubrir su condición.

Ahora bien, respecto de la opinión de personajes la época, nos encontramos con que Hipócrates (460 – 370 a. C.) “consideraba que el sexo era un continuo que iba del extremo masculino al extremo femenino, donde los hermafroditas ocupaban un lugar intermedio” (Hernández, 2009, p. 91); ello, mientras Platón (427 – 347 a. C) afirmaba que en un principio existían tres sexos: masculino, femenino y hermafrodita, pero que este último se había perdido (Fausto-Sterling, 2006).

En tanto, para el discípulo de Platón, Aristóteles (384 – 322 a. C.), los hermafroditas eran gemelos incompletos y no los consideraba como intermedios del continuo del que hablaba Hipócrates. Bajo su mirada, habría dos gemelos completos cuando la madre aportara suficiente materia para ello en la concepción, mas serían incompletos si había más de la materia suficiente para crear uno, pero no la suficiente para crear dos. Así, los genitales añadidos serían producto de la materia sobrante. Finalmente, según Aristóteles no serían los genitales los determinantes de la masculinidad o feminidad del bebé, sino

²⁰ En la mitología griega hay al menos dos mitos sobre el origen del primer hermafrodita. El primero, indica que éste habría sido engendrado por Hermes (hijo de Zeus, mensajero de los dioses, patrón de la música, controlador de los sueños y protector del ganado) y Afrodita (diosa del amor sexual y la belleza), y que habría heredado atributos de ambos. Al no estar seguros sobre su feminidad o masculinidad sus padres deciden llamarlo Hermafrodito. El segundo, sostiene que este hijo habría sido un varón tremendamente hermoso del que se enamora una ninfa llamada Salmacis, la que rendida por el deseo entrelaza su cuerpo con el de su amado a tal punto que se convierten en uno (Fausto-Sterling, 2006, p. 49-50; Hernández, 2009). Para los griegos, la androginia significaba “un estado muy elevado de la naturaleza y de lo divino” (Chiland, 2003, p. 19).

²¹ “En la antigüedad muchos eran quemados en la hoguera, acusados de ser enviados del diablo, poseídos, hechizados” (Agramonte, 2008, p. 2).

más bien el calor de su corazón. Con ello – concluía – todo hermafrodita pertenecía sólo a uno de los dos sexos (Fausto-Sterling, 2006; Hernández, 2009).

A principios de nuestra era, los planteamientos de Aristóteles serían cuestionados por Galeno, quién argüiría que los hermafroditas si formaban parte de un sexo intermedio.

Galeno creía que el sexo emanaba de la oposición entre los principios masculino y femenino en las semillas materna y paterna en combinación con interacciones entre los lados izquierdo y derecho del útero. Superponiendo los posibles grados de dominancia entre las semillas masculina y femenina a las posibles posiciones del feto en el útero, compuso una cuadrícula que contenía de tres a siete casillas. Dependiendo de la casilla donde se situara el embrión, su sexo podía ir desde enteramente masculino hasta enteramente femenino, pasando por varios estados intermedios (Fausto-Sterling, 2006, p. 51)

No obstante, más allá de esta diferencia con Aristóteles, había cierta semejanza en la idea de que el calor determinaría el sexo. Como bien apunta Dorlin (2005), bajo su lógica, hombres y mujeres tenían los mismos genitales, pero en ellas estaban invertidos dentro del vientre producto de una falta de calor inherente a sus cuerpos. Así *“les ovaires correspondent aux testicules, l’utérus et le vagin, au scrotum. Un excés subit de chaleur, un fossé, un ruisseau à traverser... l’appareil genital descend et la transformation en homme est opérée”* [los ovarios corresponden a los testículos, el útero y la vagina, al escroto. Un exceso repentino de calor, una zanja, un arroyo a cruzar... el aparato genital desciende y la transformación en hombre se realiza] (p. 124). Y a ello hay que añadir que el hecho de que la mujer fuese “un hombre invertido” la hacía *“imperfecta e inferior. Assim, como no Gênesis, a mulher origina-se do homem, este sim fisicamente perfeito”* [imperfecta e inferior. Así, como en el Génesis, la mujer se origina del hombre, este sí físicamente perfecto] (Pimentel, 2012, p. 197).

De este modo, para los pensadores de la tradición galénica – herederos del pensamiento hipocrático de siglos anteriores – la supuesta separación biológica estable entre hombres y mujeres no era tal (Fausto-Sterling, 2006). La mayor calidez interna de los hombres respecto de las mujeres provocaba que los genitales masculinos estuvieran impetuosamente fuera del cuerpo y los de las mujeres dentro. En este

continuo de calor es donde se iban produciendo las distinciones sexuales, que también daban cabida a los hermafroditas (Dorlin, 2005; Hernández, 2009; Preves, 2002)²².

El mundo romano, por su parte, no estaría exento de la divergencia de opiniones en torno a la realidad hermafrodita. Ejemplo de ello es que en la época de Rómulo, se asociaba a los hermafroditas con el mal augurio, sin embargo, en tiempos de Plinio, eran considerados aptos para casarse (Fausto-Sterling, 2006).

2.3. Edad Media

La Edad Media suele identificarse como una etapa oscura, de estancamiento e incluso retroceso, en donde la Iglesia tenía poderes absolutos, y la brujería y la herejía se pagaban en la hoguera, no obstante lo cual también fue una época donde se daba rienda suelta a la imaginación, que en palabras del historiador medievalista Jacques Le Goff: “estaba constituida por un mundo sin fronteras entre lo real y lo fantástico, entre lo natural y lo sobrenatural, entre lo terrenal y lo celestial, entre la realidad y la fantasía” (La Nación, 2005, s.p.). Le Goff propone tres dominios que dan cuenta de lo sobrenatural en el Medioevo y que Vázquez (1999) toma para hablar de la realidad hermafrodita de la época. Dos de éstos exponemos a continuación.

El primero de ellos, *magicus* “es lo sobrenatural maléfico, donde de un u otro modo está implicada la intervención de Satán” (p. 221). Con ello, los hermafroditas – incluso hasta el Renacimiento – serían percibidos como advertencias de catástrofes o etiquetados como signos de sodomía, uno de los pecados más grandes de aquellos tiempos. El trasfondo de esta situación es que la naturaleza erigida por Dios era cuestionada por el “desorden” hermafrodita (por la monstruosidad que se le atribuía ya desde el antiguo mundo grecorromano donde eran asesinados al nacer). Su rebelión contradecía la división sexual binaria decretada por la divina voluntad en el Génesis²³.

²²Aristóteles veía la falta de calor femenina como un signo de inferioridad e incluso de deformidad (Cadden, 1993, citado por Preves, 2002, p. 535). Galeno, por su parte, veía que la mujer al ser un hombre invertido era imperfecta e inferior (Pimentel, 2012).

²³ La connotación maligna del hermafrodita sobrevivirá incluso más allá de su captación científica en los siglos XVIII y XIX. A fines de este siglo, el hermafroditismo aparece catalogado junto a las perversiones sexuales en los textos de psiquiatría y medicina legal (Vázquez, 1999, p. 222).

El segundo, *mirabilia*, se refiere a “seres y acontecimientos extraordinarios, las maravillas de la Naturaleza que exhiben la omnipotencia y lo inescrutable de los designios divinos” (p. 222). En este ámbito, los hermafroditas siguen siendo signos pero no de castigo ni mal augurio, sino que manifiestan la gran diversidad natural imposible de entender para el hombre pero amada por Dios. Si bien no pierden completamente su carga de “desorden” o de “suceso extraordinario”, se presentan “como posibilidad inscrita en la Naturaleza” (p. 223), como una realidad no ajena al género humano. La explicación naturalista del hermafrodita de Galeno persistía aun y, el mundo de la medicina, de lo jurídico y el discurso moral del siglo XII se ajustarían a ella²⁴. Pese a esta aceptación del hermafroditismo como expresión natural, no significa que se cuestionara la estructura binaria del género, afirma Vázquez, sino precisamente lo contrario porque al no descansar los roles masculino y femenino en diferencias biológicas era aún más imperativo disciplinar para mantener a cada quién en su rol de género.

Ahora, más allá del imaginario medieval ¿eran – los hermafroditas – blanco de especial rechazo y persecución durante la Edad Media? A continuación pasaremos a revisar algunos elementos concretos que apuntan a desmentir, en parte, la creencia de que el hermafrodita era especialmente perseguido por su condición de tal.

El primer antecedente de este largo período histórico lo obtenemos de la obra de Ilana Gelfman (2010) quién relata que en el siglo VI el Emperador Justiniano propone que a los niños con genitales ambiguos se les permita vivir y que su sexo sea determinado “*according to the most dominant aspect of their genitals*” [de acuerdo al aspecto más dominante en sus genitales] (p. 67). El padre del niño debía declarar este sexo en el momento del bautismo y antes de su matrimonio el niño mismo escogería su sexo futuro haciendo un juramento público de que viviría toda su vida en él.

Agramonte (2008), a su vez, afirma que en el Medioevo y el Renacimiento las personas hermafroditas eran reconocidas por los códigos canónicos y civiles. Posición compartida por Foucault (2007) quien asevera que las reglas del derecho eran bastante claras: “eran llamados hermafroditas aquellos en

²⁴ La aceptación de los hermafroditas como manifestaciones de la naturaleza, perdurará en Europa hasta el siglo XVIII, formando parte de lo que Laqueur teorizara en los 90 como modelo monista o unitario, de la existencia de un sexo biológico (del hombre) con diferentes grados de materialización (Vázquez, 1999).

quienes se yuxtaponían, según proporciones que podían ser variables, los dos sexos” (p. 12). Y agrega que:

Correspondía al padre o al padrino (es decir, a aquellos que ‘nombraban al niño’) determinar, en el momento del bautismo, el sexo que iba a mantenerse. Llegado el caso, se aconsejaba escoger el sexo que parecía predominante, aquel con *‘le plus de vigueur’* [sic] o *‘le plus de chaleur’*²⁵. Pero más tarde, en el umbral de la edad adulta, cuando se aproximaba el momento de casarse, el hermafrodita era libre de decidir por sí mismo si quería continuar siendo del sexo que se le había atribuido o si prefería el otro. La única condición impuesta era la de no cambiar nunca más, y mantener hasta el fin de sus días lo que entonces había declarado, bajo pena de sodomía [subrayado añadido] (p. 12).

Aquella definición que habla de yuxtaposición o entremezcla da cuenta de lo que afirmarían tanto Foucault como García, Romero y Ortega (2007): durante siglos se reconoció la existencia de ambos sexos en las personas hermafroditas. De hecho, Preves (2002) afirma que: *“during the twelfth century in Western Europe hermaphrodites were regarded as a discrete third sex”* [durante el siglo XII en Europa Occidental los hermafroditas eran considerados como un tercer sexo discreto] (p. 535)²⁶.

España no era una excepción en este mundo medieval y en el renacentista, por lo que los hermafroditas debían por ley elegir y mantenerse en un sexo único (García et al., 2007). De hecho, dicha elección era un proceso ceremonial en el que al jurar por ese sexo único el hermafrodita era purificado de la calidad de “monstruo diabólico”, quedando así protegido de la Inquisición “a no ser que su hermafroditismo fuera fingido, que cambiase su sexo elegido o no se ajustase heterosexualmente a él” (Vásquez & Moreno, 1997, citado por García et al., 2007, p. 36).

Respecto de los médicos de la época Fausto-Sterling (2006) confirma que siguió guiándolos la teoría clásica del continuo sexual la que era acompañada por la idea de un útero dividido en siete cámaras. “Las tres de la derecha daban varones, las tres de la izquierda mujeres, y la cámara central hermafroditas” (p. 51). Además, manifiesta que los médicos de aquél entonces no gozaban de la autoridad y reconocimiento

²⁵ El término francés correcto es *‘vigueur’*. Así, “el sexo... con *‘le plus de vigueur’* o *‘le plus de chaleur’*”, quiere decir “el sexo... con ‘más vigor’ o ‘más calor’”, el más predominante.

²⁶ Confirmando ello, Preves (2002) cita como ejemplo a Portius Azo, un jurista civil italiano de la época, quien afirmaba en su obra *Summa Institutionum* que los hermafroditas eran la tercera división de los humanos, junto con hombres y mujeres.

social que los caracteriza en nuestros tiempos, “y no eran los únicos que estaban en posición de definir y reglar el hermafroditismo” (p. 52). Sin perjuicio de lo anterior, desde el mundo persa nos encontramos con que “Avicena (siglo XI), uno de los principales médicos de la historia, escribía en su *Canon de medicina* que la curación del hermafrodita pasaba por la amputación del miembro menos visible” (Crocetti, 2013, citado por García, 2015, p. 59).

En general los antecedentes concretos sobre el hermafroditismo de la Edad Media son acotados, sin embargo, las pocas fuentes que hablan del tema sostienen planteamientos muy similares. Tres ideas clave se han subrayado en este punto que nos llevan a obtener ciertas conclusiones y que empiezan ya a sentar las bases del tratamiento que se dará a la intersexualidad en los tiempos venideros.

Si bien persiste esta imagen de monstruosidad diabólica, en parte agrandada por el contexto de poder de la Iglesia (y es que los cuerpos hermafroditas contradicen claramente la existencia de hombre y mujer como extremos, opuestos y claramente definidos), había un reconocimiento expreso de esta realidad, no se negaba su existencia. Pero lo más revelador de todo es que la verdadera preocupación detrás de la imposición de jurar por un sexo y permanecer en él no era la diferencia corporal y la mezcla de características masculinas y femeninas, sino que era la homosexualidad. De hecho, Rubin (1994) cita la historia de un hermafrodita de Breisach (actual Alemania) que trató de violar a una mujer en el año 1281 y que como castigo fue cegado. Hasta ahí todo parece concordar, no obstante, la razón del castigo no fue el ataque mismo hacia la mujer, sino que a ese hermafrodita se le había asignado el sexo femenino y su comportamiento fue contrario a tal designio. El delito no era el intento de violación, era la homosexualidad a la que se les solía asociar (los términos incluso eran confundidos). Mismo delito que cometería cualquier hermafrodita que una vez jurado su sexo elegido, lo transgrediese... irremediabilmente caía en la sodomía (García, 2015; Preves, 2002)²⁷.

“Fueron estos cambios de postura y no la mezcla anatómica de los sexos los que acarrearón la mayoría de las condenas a hermafroditas que han dejado huella en Francia, durante la Edad Media y el Renacimiento” (Foucault, 2007, p. 12). Lo mismo en el resto de Europa.

²⁷ Durante este siglo (XIII) nace Tomás de Aquino quien concebía a la mujer como un hombre volcado hacia adentro, es decir, un hombre defectuoso (Fernández, 2015).

2.4. Edad Moderna

Juan Carlos Jorge (2011) asevera que “con la modernidad... la lógica y la razón buscaron suplantar explicaciones sobrenaturales de la corporeidad no-normal” (p. 252). En este sentido, el autor estudia la anatomía italiana del siglo XVI y toma como eje de su análisis la obra de Matteo Realdo Colombo (1515 (?) – 1559) quien fuera el sucesor de Andreas Vesalius (el “padre de la anatomía”), nacido en Cremona, lugar donde se registra de manera formal “la primera disección humana de Europa Occidental para el año 1286” (p. 254).

Se destaca que a diferencia de Vesalius²⁸, Colombo prestaría en sus disecciones mucha más atención al cuerpo femenino, de hecho, en su única obra conocida *De cuestiones anatómicas* – publicada por sus hijos después de su muerte en 1559 – incluiría una descripción de lo que actualmente conocemos como clítoris, apodado por él como “la dulzura de Venus” (p. 255). Mas no solo se detendría en el cuerpo femenino, sino también en los numerosos casos hermafroditas que a él llegaron y que diseccionaría después de muertos. Su enorme interés por las variaciones corporales y específicamente por el cuerpo hermafrodita quedaría en evidencia en el capítulo quince y último de su obra titulado “De esas cosas que raramente ocurren en la naturaleza”²⁹. En él, describe con riguroso detalle algunos casos, manifiesta su sorpresa por ellos, critica el conocimiento médico de la época, insta a generar conocimiento a través de la observación y la documentación de ésta y – en palabras de Jorge – “es consistente con nociones médicas actuales sobre la variante sexual” (p. 261). Pese al enorme contenido sexual de esta obra, recibiría el sello de aprobación de la Santa Inquisición.

Otro de los textos de la época que trató sobre el hermafroditismo fue *De monstruos y prodigios* (1573) del francés Ambroise Paré (1509 – 1590), pero a diferencia de Colombo, el autor toma no sólo elementos de la medicina sino también del imaginario para explicar la variante sexual. En efecto, algunas de las causas que da Paré sobre los “monstruos” y “prodigios” son: enojo de Dios, pequeñez del útero, hechizos de pordioseros malvados, mucha o poca semilla generadora, posición indecente de la madre, demonios,

²⁸ Vesalius afirma: “que la vagina es un pene interior, que sus labios son como el prepucio, que el útero es como el escroto y los ovarios como los testículos” (Fernández, 2015, p. 414).

²⁹ A Colombo le interesaba documentar las variaciones anatómicas como una estrategia, basada en la observación pero apoyado en la retórica, para argumentar que la naturaleza es parsimoniosa. El plan “natural” es la uniformidad anatómica del cuerpo humano. Su intención... era desacreditar conocimiento anatómico previo fundamentado en los clásicos islámicos y griegos, principalmente aquellos fundamentados en Avicena y Galeno (Jorge, 2011, pp. 256 – 257). Extractos completos, y en español, de la obra de Colombo pueden encontrarse en Jorge (2011).

entre otros (Jorge, 2011). No obstante, en lo que respecta a la biología, Paré pensaba que cuando igual cantidad de semen era aportada por hombre y mujer nacía un ser en cuyo cuerpo se entremezclaban los dos sexos (García, 2015)³⁰. De acuerdo a García, las diferencias determinantes del tipo de hermafrodita nacido serían las genitales: mujeres son capaces de ser penetradas por un pene y hombres tienen pene de largo y grueso adecuado para penetrar y eyacular semen³¹. Asimismo, Paré creía que la causa detrás de la masculinización de algunas mujeres – o la transformación de órganos internos en externos – en la pubertad era su excesivo calor interno provocado por hacer actividades de niños como jugar bruscamente (Preves, 2002), lo que prueba que en esta época aún persisten las ideas de Galeno sobre la temperatura del cuerpo (Dorlin, 2005).

Las dos obras precedentes (provenientes de Italia y Francia) dan cuenta de lo que afirma Hernández (2009): “a comienzos del siglo XVI surge un enorme interés por aquéllos [hermafroditas], y como consecuencia muchos fueron los escritos que atendían al hermafroditismo” (p. 92). Y al mismo tiempo queda en evidencia lo que señala Fausto-Sterling (2006): “en la Europa renacentista, los textos científicos y médicos a menudo propugnaban teorías contradictorias sobre la producción de hermafroditas. Estas teorías no podían fijar el género como algo real y estable dentro del cuerpo” (p. 52). Junto con esto último, la diversidad de opinión se manifestaba también en el mundo judicial, político y en la Iglesia, cada nación de Europa tenía su propia visión y regulación del tema, y no siempre intervenían los mismos.

Como ejemplo de lo anterior, el derecho inglés del siglo XVI reconocía a hombres, mujeres y hermafroditas – pero al hablar de leyes destinadas a regir el comportamiento humano no se reconocía la misma clasificación. Pese a reconocer que en el hermafrodita coexistían el sexo femenino y el masculino, éste debía heredar como hombre o como mujer. Lo que más predominara (Fausto-Sterling, 2006; Greenberg, 1999). Sin duda alguna, en épocas renacentistas la clara asignación a un sexo era muy importante pues traía consigo consecuencias en lo social (Agramonte, 2008).

³⁰ De la equitativa mezcla de semen podían surgir: 1) hermafrodita macho (presenta un aparato genital masculino, puede engendrar y posee un orificio en forma de vulva en el perineo, aunque no puede ser penetrado); 2) la mujer hermafrodita (posee un aparato genital femenino, así como sobre la vulva un pene sin prepucio imposibilitado para eyacular; carece de testículos); 3) hermafrodita imperfecto (su sexo es imperfecto, no puede engendrar, solo puede expulsar orina) (García, 2015, p. 18).

³¹ El tamaño importa en el siglo XVI y así será hasta nuestros tiempos, considerándose como un criterio fundamental en la asignación de sexo y tratamiento de los recién nacidos intersex.

En el año 1601 el soldado italiano Daniel Burghammer parió una niña de un soldado español creando alarma en su esposa y en su capitán quien derivó el caso a la Iglesia. Burghammer había sido bautizado como varón pero ante la alarma confesaría que era mitad mujer y mitad hombre. Las autoridades eclesiásticas declararon que el nacimiento de Elizabeth – la niña – era un milagro y la bautizaron (Fausto-Sterling, 2006).

Ese mismo año Francia fue testigo de un caso emblemático y que según Hernández (2009) marca el tránsito al sistema sexual binario, “en la medida en la que en lugar de definir el sexo por criterios sociales, será definido por criterios postulados por la autoridad científica” (p. 92). Se trata del caso conocido como Marie/Marin:

Marie de Marcis [sic]³² estuvo a punto de morir en la hoguera [...] Fue bautizada con nombre de mujer y creció hasta lo que parecía un estado adulto normal en un pueblo cercano a Ruán [sic]. Sus señores testificaron que tenía períodos regulares y el testimonio médico en su proceso confirmó que, en efecto, había pertenecido a tal género desde su nacimiento. Pero se enamoró de la sirvienta con la que compartía la cama, lo que le reveló que tenía pene y, por tanto, era hombre. Ambos deseaban casarse.

En lugar de ser reconocida como hombre después de que le creciera el pene, [...] fue juzgada por sodomía –sin contar en este caso con la heterosexualidad natural- y declarada culpable; él/ella no pudo mostrar el órgano en la debida forma bajo la presión del juicio. Pero cuando el Dr. Jacques Duval entró en escena encontró el miembro perdido penetrando en la vulva y probó que no se trataba del clítoris porque, después de frotarlo, obtuvo una eyaculación de espeso semen masculino. La intervención de Duval salvó a Marie de la hoguera, sin que se le reconociera de momento el nuevo género. El tribunal ordenó que continuara vistiendo ropas de mujer hasta que cumpliera veinticinco años [...] y que se abstuviera de mantener relaciones sexuales con ningún sexo en tanto continuara su vida de mujer (Laqueur, 1994, pp. 237-238).

³² El nombre correcto es Marie Lemarcis y su historia transcurre en la ciudad de Ruan, Francia (García, 2015).

A la luz de la ley francesa, Marie había cometido los delitos de sodomía³³, travestismo y sacrilegio (Harris, 2005), y como muestra de la diversidad de trato de la época, el travestismo no era claramente condenado en la legislación inglesa, a los italianos no parecía preocuparles mucho la transgresión de género (Fausto-Sterling, 2006), mientras que en la Holanda de inicios del siglo XVII – según narra Laqueur (1994) – Henrika Schuria, una mujer con un clítoris del tamaño de la mitad de un dedo, que usando ropa de varón ingresó al ejército, fue vista teniendo sexo como hombre, por lo que se le sentenció “a ser quemada como una bruja, pero un juez compasivo recomendó que fuera ‘castigada y enviada al exilio’” (pp. 239-240).

Igualmente, en la Francia de dicho siglo a las personas hermafroditas se les permitía casarse con el sexo opuesto (al suyo predominante) y testificar en juicios, empero, como ya se adelantaba en el punto anterior, la transgresión de su género visiblemente asignado/electo suponía delitos duramente castigados (Fausto-Sterling, 2006; Foucault, 2007; Preves, 2002). Fausto-Sterling añade: “lo que estaba en juego era el mantenimiento del orden social y los derechos del hombre (en sentido literal)” (2006, p. 54).

En este mismo período, la ciudad española de Toledo sería, en 1587, el epicentro de la historia de Elena/Eleno de Céspedes, una persona presuntamente hermafrodita que fuera acusada de hacerse pasar por hombre y casarse con una mujer. El caso resonó ampliamente debido a que Elena “vestida con indumentaria masculina y usurpando las prerrogativas del varón, había conseguido fraudulentamente títulos y prebendas vedadas a la mujer, entre ellos la titulación de cirujana” (Magano, 2007, p. 874), lo que confirma lo señalado en el párrafo anterior sobre el interés de proteger los derechos del hombre. Elena se defendió ante la Santa Inquisición señalando que era hermafrodita pero fue condenada en 1588 por “desprecio al Matrimonio y tener pacto con el Demonio” (p. 874) siendo objeto de humillación pública, doscientos azotes y diez años de reclusión hospitalaria para servir sin goce de sueldo. En 2007, Magano concluye que no se trataba de un hermafrodita sino de un hombre trans.

Francisco Vázquez (1999) observa que en la comunidad médica de este tiempo aumenta el interés por averiguar cuál es el sexo predominante en las personas hermafroditas y que gracias a la resonancia

³³ *Selon la pratique de l'Ancien Régime, le crime de «sodomie» pouvait désigner presque toute forme d'activité sexuelle non approuvée, voire même, dans certains cas, toute forme de rapport sexuel non reproducteur* [Según la práctica del Antiguo Régimen, el delito de "sodomía" podría referirse a casi cualquier tipo de actividad sexual no aprobada o incluso, en algunos casos, cualquier forma de sexo no reproductivo] (Harris, 2005, p. 446).

de casos como el de Marie/Marin y Elena/Eleno se refuerza entre los jueces tanto la obligatoriedad de regular jurídicamente la identidad de estas personas como la persecución de los transgresores. Con todo, “los hermafroditas siguen siendo admitidos en el siglo XVII como fenómenos naturales. La idea de que existiera siempre un ‘sexo verdadero’ fijado a partir de un esquema dual y disyuntivo, no entraba en esta época en el horizonte de lo pensable” (p. 226). Todavía más, Thomas Laqueur (1994) asegura que durante buena parte de este siglo, “ser hombre o mujer era ostentar un rango social, asumir un rol cultural, y no *pertenecer* orgánicamente a uno u otro de los dos sexos” (p. 246), no obstante lo cual alrededor del 1700 la sexualidad, según Hernández, “comienza a ser asociada a procesos de tipo fisiológicos inaugurándose, con la Ilustración, la ciencia de los dos sexos/géneros. La ciencia será la autoridad encargada de los asuntos sexuales” (2009, p. 92).

2.5. Edad Contemporánea

En los años 90 el historiador y académico estadounidense Thomas Laqueur elabora la teoría monista, unitaria o de “sexo único”, de acuerdo a la cual ese sexo biológico único habría sido – desde la Antigüedad al siglo XVIII – el masculino (Dorlin, 2005; Vázquez, 1999). Sus bases provendrían de las antiguas teorías de la diferencia de temperatura o calor de los cuerpos (Preves, 2002), y en palabras de Martínez (2011-2012), con ella Laqueur prueba que “dos géneros –sociales- coexistían de manera pacífica con un solo sexo” (p. 133). De hecho ni siquiera habría términos para referirse a los genitales femeninos (Pimentel, 2012):

Só havia como modelo único o corpo masculino, sem a padronização de uma determinada terminologia para a genitália feminina. A mulher não tinha um órgão sexual específico. Seu órgão sexual apenas não havia se desenvolvido adequadamente e por isso tinha se enrustido, se voltado para dentro [Sólo había como modelo único el cuerpo masculino, sin la estandarización de una terminología determinada para los genitales femeninos. La mujer no tenía un órgano sexual específico. Su órgano sexual no se había desarrollado adecuadamente y por eso estaba escondido, vuelto hacia adentro] (p. 197)

Así las cosas, Löwy (2003) indica que dicha concepción primitiva e incluso degenerada de los órganos de la mujer respecto de los del hombre (anterior al siglo XVIII) hacía que los cuerpos intermedios fuesen tolerados o aceptados como algo natural y es que ésta estaba basada en las similitudes masculino-

femeninas y no en sus diferencias (Martínez, 2011-2012; Preves, 2002). Por lo tanto, podemos decir que entre el “hombre y/o masculinidad completa” y la “imperfección femenina” había una gran cantidad de intermedios (Dorlin, 2005).

Todos los autores citados en el presente punto basan sus ideas en el la obra de Laqueur, mas no todos están de acuerdo con él. Tal es el caso de Elsa Dorlin (2005):

Le cas des hermaphrodites montre, au contraire, que les médecins, bien avant le 18e siècle, n'ont eu de cesse de vouloir subsumer les hermaphrodites sous deux catégories binaires, et que le cas des changements de sexes a suscité une réelle crise théorique sur la définition des corps sexués [El caso de los hermafroditas pone de manifiesto, por el contrario, que los médicos, mucho antes del siglo XVIII, no cesan de querer subsumir los hermafroditas bajo dos categorías binarias, y que el caso de los cambios de sexos suscitó una verdadera crisis teórica sobre la definición de los cuerpos sexuados] (p. 125).

Más allá de la pertinencia o no del modelo de Laqueur, lo cierto es que en el siglo XVIII tienen lugar grandes cambios respecto de siglos pasados, como lo adelantaban Preves (2002) al hablar de la autoridad médica sobre el cuerpo y Hernández (2009) refiriéndose a la inauguración de los dos sexos/géneros y la autoridad de las ciencias.

2.6. Siglo XVIII³⁴: El sexo verdadero

La ciencia de la taxonomía y el foco en la clasificación corporal, señala Preves, influenciaron enormemente el trato médico del cuerpo y sobre todo, de los cuerpos “atípicos”. Martínez (2011-2012), en tanto, asevera que en esta época (fines del siglo XVII) aparecen nuevas clasificaciones y nomenclaturas, como el clítoris, que hacen de la idea del sexo único algo obsoleto y que empiezan a poner el énfasis ya no en la similitud sino más bien en la diferencia. De hecho, Pimentel (2012) argumenta

³⁴ En 1755 nace Fernanda Fernández en Zújar, Granada. Se trata de quien está “registrada como la primera persona reconocida oficialmente como intersexual” en España. Crece en una familia cristiana, se hace monja a los 18 años. Cada vez que tosía o hacía algún esfuerzo notaba un “cuerpo carnoso” largo saliendo de su zona genital y que luego se escondía. A los 32 años informa esto a su confesor quien no le hace caso, pero más tarde, el nuevo confesor (Fray Esteban Garrido) consulta teólogos y fisiólogos, y decide alejar a la monja de las demás mujeres hasta aclarar si era hombre o mujer. Luego de exámenes de médicos, cirujanos y matronas, se determina que sor Fernanda era hombre ya que sus genitales no se ajustaban a los femeninos. Sus votos son anulados y vuelve a casa de sus padres comenzando a vestir como hombre (Andalucía Diversa, 2014). Enlace en lista de referencias.

que gracias a ello, en el siglo XVIII ya no quedarán elementos comunes en las anatomías masculinas y femeninas, “*as diferenças sexuais serão milimetricamente traçadas*” [las diferencias sexuales serán milimétricamente trazadas] (p. 198), y con ello incluso habrá almas y “formas de ser” de hombre y de mujer (el cuerpo del primero será naturalmente perfecto para la guerra, y el de la segunda, que durante siglos fue considerado imperfecto u “hombre invertido”, ahora lo será para la maternidad; la mujer por fin posee órganos propios).

Esta perspectiva binaria heterosexual como la llama Pimentel, es a lo que Fernández (2015) se refiere como dimorfismo/dicotomía sexual proveniente de la imposición de “dos carnes sexuales de naturaleza dispar” (p. 414). Así, si antaño el orden jerárquico sexual se sustentaba en el derecho canónico y civil (con los marcados privilegios masculinos que ello suponía), ahora había una base natural/biológica de esa jerarquía. El garante de las diferencias ya no es la autoridad civil o la Iglesia, sino el cuerpo en donde estaban inscritas desde el origen mismo de la vida, y que tiene funciones muy específicas sobre todo en lo sexual y reproductivo (Vázquez, 2013). Y no sólo ello, sino también las características psíquicas y roles sociales de cada género se asentarán en esta diferencia inconmensurable del sexo biológico (Vázquez, 1999).

La contraparte de este fenómeno es que con el foco de atención puesto en la distinción masculino-femenina la confusión de sexos se vuelve inconcebible (Löwy, 2003), trayendo consigo un rechazo al hermafrodita en el siglo XVIII. Con ello, además, se consolidaría la idea de que toda persona tiene un sexo verdadero y que quién debe determinarlo es el médico (Foucault, 2007; Vázquez, 1999). Este fenómeno dieciochesco ha sido llamado por García, Romero y Ortega (2007) como la “negación ilustrada del hermafrodita”, advirtiendo que lo que se concibe ahora es la existencia de deformidades genitales monstruosas producto de problemas en el desarrollo. El cambio histórico es evidente y “la pregunta inquisitorial ¿es o no es hermafrodita? da paso a la pregunta médica ¿qué sexo verdadero se oculta tras esa deformidad?” (p. 36). Pregunta que sin duda iba a ser respondida en este, el siglo de las Luces y la razón.

En el correr del siglo, los hermafroditas son tratados como criminales e impostores por no respetar “*le lien, dit naturel, entre le sexe biologique, le sexe social et l’hétérosexualité*” [el llamado vínculo natural,

entre el sexo biológico, el sexo social³⁵ y la heterosexualidad] (Dorlin, 2005, p. 125), por transgredir el género. Dorlin sugiere que con ello, los médicos comienzan a evaluar al hermafrodita bajo el aspecto de sus genitales externos y que gran parte de ellos asumiría que la diferencia hermafrodita podría ser aprovechada por mujeres que buscaban hacerse pasar por hombres (posición apoyada por Vázquez, 1999), entonces, al asemejar los casos hermafroditas a una transgresión de género o al travestismo, se evitaba poner en cuestión la “naturalidad” de la categorización binaria y antagónica hombre/mujer³⁶. A partir de aquí, explica Foucault (2007): “a cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios” (p. 13).

Más allá de la autoridad médica sobre el hermafroditismo, que se forja y consolida en este siglo, podemos preguntarnos ¿qué consecuencias trae este nuevo paradigma, sobre el derecho? Y la respuesta la brinda el mismo Foucault: la libre elección de sexo desaparece, ya que el experto médico será el encargado de encontrar la verdad natural inscrita en el cuerpo humano. No hay nada que elegir, pues la naturaleza ya lo ha hecho, y como tal, las personas deben acatarlo jurídica y socialmente.

Una última reflexión, previo a pasar al siglo XIX, es que si la naturaleza es capaz – de acuerdo al nuevo paradigma – de “ocultar” o “hacer confuso” el “verdadero sexo” de algunas personas, sería dable sospechar que éstas podrían aprovecharse de sus diferencias anatómicas para hacerse pasar por alguien del otro sexo y disfrutar de ello, ergo, caer en el libertinaje. Para Foucault, de allí proviene la preocupación moral del médico y la determinación de sexo, mientras que Dorlin (2005) nos prepara para los años que vienen aclarando que: “*Dans ces conditions, supprimer le prétexte anatomique de la perversion (par l’ablation du clitoris notamment) équivaut à supprimer la possibilité de la perversion elle-même*” [En estas condiciones, eliminar el pretexto anatómico de la perversión (por la ablación del clítoris en particular) equivale a eliminar la posibilidad de perversión en sí] (p. 126). Esto último referido a los casos de mujeres

³⁵ Por sexo social, la autora se refiere al género.

³⁶ Un dato interesante es que en tiempos de la Revolución Francesa las mujeres intentarían usar el pantalón, prenda simbólica de la *égalité* que se propugnaba en aquél entonces, pero se les prohíbe. Así, este símbolo de igualdad ciudadana pasa a agrandar – en lo que respecta a la apariencia – la brecha entre “las dos biología inconmensurables recién descubiertas” (Fernández, 2015, p. 415). Habrá, en efecto, una exclusión sistemática de la mujer, de la vida pública en los nuevos espacios de la Revolución (Vázquez, 1999) lo que da paso a la construcción de “una identidad burguesa definida por su virilidad, frente a la blandura y afeminamiento aristocráticos” (p. 228).

con clítoris “atípicamente” grandes y que pudieran adoptar un rol masculino en sus relaciones públicas y/o privadas.

2.7. Siglo XIX³⁷: La edad de las gónadas

En los albores de este período, el poder judicial delega formalmente sobre la medicina la carga de solucionar el “problema” en torno al hermafroditismo (Dorlin, 2005), o sea de determinar el sexo (Cabral, 2009). Así lo haría, por ejemplo, el Código Civil Francés de 1804, que, según Gelfman (2010), influenciaría otras legislaciones europeas. “El derecho, en cierto modo, se desentendió del cuerpo hermafrodita” (García, 2015, p. 56), y el nuevo paradigma dualista junto con el hecho de que ahora la identidad no estaba en el género sino en el sexo biológico, supone una enorme promoción de la labor del experto médico que ha de hallarla (Vázquez, 1999). De hecho, los asuntos sexuales en general quedarán a cargo de la ciencia (Hernández, 2009), y en sintonía con esto, uno de los antecedentes más relevantes es que el biólogo francés Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (1805-1861) funda la teratología, nueva ciencia cuyo objetivo era estudiar y clasificar los nacimientos atípicos (Fausto-Sterling, 2006). Su obra se publica en 1836 (Vázquez, 1999).

Fausto-Sterling (2006) subraya que Saint-Hilaire y otros biólogos estudiosos de la materia erigen dos principios fundamentales sobre la variación natural. Primero, la concepción de los nacimientos atípicos como parte de la naturaleza, desprendido de su visión de la naturaleza como “un todo”, y segundo, la proclamación del hermafroditismo como resultado de un desarrollo anómalo del embrión. El biólogo creía en la interdependencia de las comprensiones de “lo normal” y “lo diferente”, es decir, comprendiendo la génesis del hermafroditismo se llegaría a un mejor entendimiento del desarrollo de las diferencias sexuales, pero claro, para descifrar dicha génesis había que entender lo que constituía un desarrollo normal. En suma “la teratología ofrecía una explicación natural del nacimiento de gente con cuerpos extraordinarios [...pero] redefinió tales cuerpos como patológicos, como aberraciones curables en virtud de un conocimiento médico incrementado” (p. 55). En estos días, lo que Vázquez (1999) llama “naturaleza desdivinizada” deja fuera a lo maravilloso. Así, la técnica científica de clasificar, sería, en gran medida, la

³⁷ En 1813 tiene lugar el primer caso de intersexualidad – registrado – en Cuba y sería descrito en el Diario del Gobierno de la Habana por el Dr. Tomás Romay. Un extracto de dicha publicación se encuentra en Agramonte (2008).

responsable de la “desaparición” del hermafrodita, desaparición que alcanzaría gran auge con la llegada de la llamada “edad de las gónadas”³⁸.

En 1876 salen a la luz las ideas de Theodor Albrecht Klebs (1834-1913), el médico alemán que en palabras de Fausto-Sterling otorga “plenos poderes a las gónadas” (p. 56). El alemán clasificaría a los hermafroditas en hermafroditas verdaderos y pseudohermafroditas, los primeros eran quienes poseían tejido testicular y ovárico, mientras que los segundos incluyen a personas con útero y bigote, vagina y testículos, ovarios y pene, en las cuales, de acuerdo a él, se oculta el sexo biológico masculino o femenino a ser determinado mediante un solo factor, las gónadas.

Un cuerpo con dos ovarios era femenino, por muy masculina que fuera su apariencia. Y un cuerpo con dos testículos era masculino. No importaba si no eran funcionales y su portador tenía mamas y vagina: los testículos hacían al macho (p. 56).

De este modo, los hermafroditas eran cada vez menos... comenzaban a desaparecer. En 1896 los médicos británicos George F. Blackler y William P. Lawrence reafirmarían el sistema de determinación gonadal del sexo verdadero (Escabi-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006, Fausto-Sterling, 2006).

Otro elemento de considerable importancia que explica, en parte, la legitimación científica de la división dual y la heteronormatividad que se profundizaría durante el siglo XIX es el desarrollo de las teorías de Charles Darwin, que asegurarían la división natural de las especies en macho y hembra, lo que traía consigo una orientación heterosexual en pos de la reproducción de la especie, y su conservación (Hernández, 2009). Una ciencia desde la medicina vendrá también a sentar las bases de las categorías sexuales: la sexología, que “considerará al hermafrodita un ser incompleto/a en su desarrollo” (p. 93).

En último lugar, resulta útil hacer mención al contexto que rodea a lo que Fausto-Sterling (2006) releva como “la ciencia de las diferencias” (que se refiere a las teorías y sistemas clasificatorios decimonónicos como los de Saint-Hilaire, Klebs, entre otras ideas biológicas preponderantes en aquél

³⁸ Poco antes de 1840, el médico escocés James Young Simpson proponía clasificar a los hermafroditas en auténticos y espurios. En los primeros, se yuxtaponían más o menos genitales, mientras que en los segundos, la configuración sexual y los genitales se parecen por error a los del sexo opuesto. Para Young, no sólo ovarios y testículos eran órganos genitales sino también las vesículas seminales o el útero (Fausto-Sterling, 2009). “Así, un hermafrodita auténtico podía tener ovarios y vesículas seminales, o testículos y útero” (p. 55).

entonces). “Los científicos y los médicos insistían en que los cuerpos de varones y mujeres, de blancos y gente de color, de judíos y gentiles, de obreros y de gente de clase media, diferían profundamente” (p. 57). En estos tiempos había gran debate político sobre el derecho a la igualdad de las personas pero por definición científica algunos cuerpos eran considerados superiores y más dignos de derechos.

Sin duda alguna, la igualdad humana era una senda amenaza para la Monarquía pues estas ideas revolucionarias podían impregnar a sus colonias, y además para los elementos en los que se asentaba el orden social-económico así como la esclavitud, el matrimonio y el privilegio del hombre blanco (y con propiedades) de votar. Un interesante ejemplo encontramos en el hecho de que diversos médicos afirmaban en la época que si las mujeres tenían acceso a la universidad tendrían problemas serios de salud y quedarían estériles, poniendo en peligro la raza blanca. Las reivindicaciones socio-políticas eran invalidadas por esta ciencia de las diferencias.

2.7.1. El miedo a la homosexualidad y la crisis de las identidades sexuales

Ya hemos visto como a través de la historia tuvo lugar el miedo a que los hermafroditas cayeran o hicieran caer a heterosexuales en la homosexualidad, e incluso la confusión de los términos. “*Homosexuality, or hermaphroditism of the soul*” [Homosexualidad, o hermafroditismo del alma] señala Hekma (1994, citado por Preves, 2002, p. 537). En este sentido, Ilana Löwy (2003) informa que en la segunda mitad del siglo XIX, los médicos no sólo tenían la certeza de que el sexo verdadero se encontraba en las gónadas sino que además “*le sexe biologique, l’identité sexuelle³⁹ et la sexualité concordaient toujours*” [el sexo biológico, la identidad sexual y la sexualidad⁴⁰ concordaban siempre] (p. 83), no obstante, la medicina reconoció que esto no era efectivo ya que los cuerpos intersex complicaban esta idea.

En este siglo se produce gran preocupación política, científica y social por el homosexualismo (Hernández, 2009) y la psiquiatría criminal lo asociaría a otras categorías de “degenerados congénitos” (como las personas hermafroditas), mas se descubriría que sólo los órganos sexuales de un grupo muy pequeño de personas homosexuales presentaba “anomalías”, gracias a lo cual la creencia de ésta como

³⁹ La adaptación (al español) más correcta de este término, contextualmente hablando, sería probablemente lo que hoy conocemos como identidad de género, sin embargo, se ha optado por hacer una traducción literal.

⁴⁰ Al hablar de sexualidad, la autora se refiere al deseo, es decir, a la orientación sexual.

un defecto en el organismo (mujeres “virilizadas” vis-à-vis hombres “subdesarrollados”) se vería socavada (Löwy, 2003).

Los cuerpos “anómalos”, la homosexualidad e incluso el feminismo, retaban las creencias de la época (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006). “En el siglo XIX en Francia e Inglaterra la clase médica estaba preocupada por la inestabilidad política y social de lo que ellos llamaban las identidades sexuales” (p. 755). Hernández (2009), por su lado, habla de un gran interés por toda patología asociada al sexo, advirtiendo que “la preocupación será notable en tanto que se considera que el número de personas que desafiaban las costumbres establecidas estaba yendo en aumento” (p. 92) en aquellos años.

2.7.2. La biopolítica y el bio-poder de Foucault

Un concepto acuñado por Michel Foucault para referirse a ciertos fenómenos acaecidos desde mediados del siglo XVIII merece ser nombrado: la biopolítica.

Ya hemos visto que a partir del siglo XVIII la mujer “adquiere un cuerpo propio” y en el marco de la Revolución Francesa, por ejemplo, reivindicaría el derecho a ser parte de la igualdad propugnada por los revolucionarios (sin conseguirlo). Iglesia y autoridad civil no tenían fundamento para la desigualdad de la mujer respecto del hombre. Junto con esto y en el marco de la Revolución Industrial también de la época, Vázquez (2013) se pregunta “¿cómo podía entonces justificarse una división del trabajo, entre la esfera de la producción y la esfera de la reproducción, entre la fábrica y el hogar, que se estimaba indispensable para sostener el edificio de la naciente sociedad del capitalismo industrial?” (p. 80).

La inconmensurable diferencia sexual con los roles y expresiones de género que traía consigo, se naturalizaban en la biología que el facultativo había de develar. El modelo binario medicalizaba así la identidad sexual del ser humano (Vázquez, 1999). Esto, a su vez, daba sustento natural a la desigualdad hombre/mujer y que hacía que se las excluyera sistemáticamente del mundo político y la vida pública, ya no so pretexto de las instituciones públicas ni la ley, sino de la biología. El fortalecimiento de este modelo dual sumado a la afianzada idea del “sexo verdadero” contribuirían a la construcción francesa de lo que Vázquez llama “una identidad burguesa definida por su virilidad, frente a la blandura y afeminamiento aristocráticos” (p. 228). La cuestión aquí, es que la utilización de la medicina como tecnología política

para determinar la identidad de la población corresponde a lo que Foucault designa como el nacimiento de la biopolítica.

La proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y *controles reguladores: una biopolítica de la población* (Foucault, 1977, p. 83).

¿Por qué resultaba tan importante este control sobre la población? Pues porque ésta comenzaba a ser admitida como la más grande riqueza de las naciones, y porque su bien traía aparejado un bien productivo de los Estados y del poder militar de éstos (Vázquez, 1999). De este modo, como la información sobre higiene, natalidad, razas, longevidad, entre otros, ganaban importancia, comienzan a aparecer una serie de estadísticas relativas a causas de muerte, nivel socio-económico, edad y variables relacionadas (Ávila F. & Ávila C., 2010). En definitiva, la biopolítica estaba enfocada a obtener la máxima eficacia de los cuerpos humanos (Pimentel, 2012) y en este cometido, la medicina detentora ahora de una función de higiene pública, las estadísticas e información relativas a las condiciones de vida y características de las personas y sus familias, serán fundamentales.

A partir de lo hasta aquí señalado, si anteriormente la muerte estaba sujeta al poder soberano o la decisión del monarca, ahora lo estaba a la administración o gestión de la vida y los cuerpos por parte del Estado. Este poder que “no actúa haciendo morir, sino haciendo vivir” (Peidro, 2013, p. 88) se trata de lo que Foucault ha llamado “bio-poder”, y que de acuerdo a él fue parte fundamental del desarrollo del capitalismo:

Ese bio-poder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos (Foucault, 1977, p. 84).

En este contexto conceptualizado por el francés, el control de los placeres, la sexualidad y la reproducción devenía de suma importancia en la gestión de la población. Considerando la utilidad e importancia de la mano de obra y de las relaciones de poder, el sexo se reafirmaría como un elemento

netamente conyugal y destinado a procrear (Gauché, 2011). Por consiguiente, y en unión con el punto anterior, la homosexualidad y todas las “perversiones” relacionadas con ella, significaban una amenaza para el sistema político y económico. Eran sujetos que había que contener por su “peligrosidad predelictual” (García, 2015, p. 56).

Así pues, la solución radicaba en la biopolítica y el biopoder en tanto “normalización disciplinaria”, es decir, el “ajuste de toda diversidad sexual identitaria al estándar binario (hombre o mujer), contribuyendo así a producir sujetos dóciles y útiles” (Vázquez, 2013, p. 80), la desmultiplicación de las “sexualidades singulares” (Peidro, 2013), y en definitiva el mantenimiento de la división de géneros a través del control de los cuerpos que no respetan la norma (Fausto-Sterling, 2006). Lo anterior, está íntimamente relacionado con lo que Fernández (2015) denomina la “policía del sexo”.

2.7.3. La célebre y trágica historia de Herculine Adelaïde Barbin

No se puede pasar al siglo XX, sin hacer alusión a la historia de una persona hermafrodita citada por diversos autores (Butler, 2007; Cabral, 2005; Chiland, 2003; García, 2015; Kerry, 2009) – la más famosa del siglo XIX – y que fuera hecha célebre por Michel Foucault (2007), quien la designa como “uno de los héroes desgraciados de esta “cacería” de la identidad (p. 16). Del sexo verdadero.

Herculine Barbin, apodada Alexina entre sus cercanos, nació en Francia en el año 1838 y fue etiquetada como niña (Chiland, 2003). Era una chica pobre que creció en un ambiente muy religioso y mayoritariamente femenino, mas su cuerpo no era como el de las demás muchachas. Foucault (2007) se refiere a su particular vida en un internado, ambiente en el que, de acuerdo al francés, ella vivía una “no identidad” marcada por relaciones de algo más que amistad con algunas de sus compañeras, las que (al igual que las ancianas institutrices) parecían no ver y no darle importancia a esa “no identidad”, tratándola además con ternura y falta de curiosidad.

Efectivamente, Alexina se sentía atraída por las chicas, sin embargo, su vida da un giro enorme al descubrirse que se trataba de un chico con genitales ambiguos (Chiland, 2003), o al menos eso determinaron un médico y un sacerdote (Foucault, 2007). Con lo cual, Herculine sería forzada a cambiar de sexo legal y en 1860, en el registro civil, pasaría a llamarse Abel Barbin.

Posterior a este hecho, ella escribiría un diario con sus memorias, las que Foucault toma y hace famosas en la segunda mitad del siglo XX, subrayando que “se trata del diario o, más bien, de los recuerdos dejados por uno de estos individuos a los que la medicina y la justicia del XIX exigieron obstinadamente una identidad sexual legítima” (p. 15).

Más allá de elementos como la “no identidad” de Herculine y la manifiesta imposición del sistema del sexo verdadero, Foucault destaca otra dimensión fundamental en esta historia:

Los años 1860-1870 constituyen precisamente una de esas épocas en las que con mayor intensidad se practica la búsqueda de la identidad en el orden sexual: sexo verdadero de las hermafroditas, pero también identificación de las diferentes perversiones –su clasificación, caracterización, etc...- en una palabra, el problema del individuo y de la especie en el orden de las anomalías sexuales (p. 16).

Más allá del designio judicial, Herculine nunca se adaptó a la identidad que le fue asignada (la “identidad descubierta” por el sacerdote y el médico), su sentimiento permanece – según Foucault – en un sexo indeterminado “pero esta vez privada de las delicias que experimentaba al no tenerlo o, al menos, al no tener el mismo que aquéllas con las que vivía y a las que amaba y deseaba tanto” (p. 17). Sus memorias dan cuenta de un pasado de “no identidad” en el que era feliz.

Herculine terminaría suicidándose en 1868 a la edad de veintinueve años (Chiland, 2003).

2.8. Siglo XX: La edad de la cirugía

La lucha por los igualdad de derechos (abolicionistas, homosexuales, pero sobre todo la feminista que propugnaba la igualdad social entre sexos) encontraba enorme resistencia científica, y en la búsqueda por invalidar estos movimientos y debates cada vez más fuertes, habría grandes repercusiones en el trato a las personas intersex porque los políticos y los médicos buscaban más que nunca una división absoluta entre hombre y mujer, generando definiciones del hermafroditismo cada vez más estrictas y exclusivas (Fausto-Sterling, 2006). Por estos años incluso nos encontramos con las revolucionarias ideas del austriaco Sigmund Freud (1856-1939), padre del psicoanálisis, quien dividía hombres de mujeres basado en la presencia o no de un pene, para él, la mujer era un hombre castrado y la niña tenía una envidia del pene (Chiland, 2003).

Pese a ello, tenemos que entre fines del siglo XIX e inicios del XX, gracias a nuevas tecnologías como la laparotomía, antisepsia, anestesia y biopsia – que permitieron hacer exámenes en personas vivas – se descubre que los caracteres sexuales internos y externos están tremendamente imbricados entre sí y que hay personas con tejido testicular y ovárico llamados “ovotestis” (Dorlin, 2005; Vázquez, 2013).

Con la posibilidad de practicar biopsias a pacientes con vida, la medicina se transformaba entonces, y verdaderamente de modo involuntario, en portador de una mala nueva: la existencia de *hermafroditas* entre nosotros y nosotras, la posibilidad de un tercer sexo (Cabral & Benzur, 2005, p. 286).

De hecho, en 1915, William Blair Bell (médico británico, 1871-1936), quien tuvo una paciente con un fenotipo mixto (voz grave pero no un ciclo menstrual, barba y mamas, entre otros), sugeriría de forma pública que hay oportunidades en que los sexos estaban excesivamente mezclados, que el criterio gonadal no tenía por qué ser el único y que la necesidad de un sexo único era de orden social (Fausto-Sterling, 2006). Blair y otros investigadores de la época comienzan a poner atención a la auto-identificación de las personas con cuerpos “ambiguos” y a la forma en que su entorno los identificaba, vale decir, a los elementos psicosociales en torno al sexo, (Cabral & Benzur, 2005). Lo que hoy conocemos como género. En estos mismos años veremos que desde la endocrinología se empieza a proponer que:

La distinción entre hembras y varones no consistía en una estructura fijada de partida en el organismo. Se trataba en cambio de un proceso evolutivo de diferenciación sexual, iniciado en la vida del embrión y regido por las secreciones hormonales, partiendo de un estado de hermafroditismo originario. Las identidades sexuales, por tanto, no estaban dadas *ab initio*; eran el resultado de una dinámica diferenciadora donde los restos del sexo opuesto (es decir, su composición hormonal), nunca desaparecían por completo. (Vázquez, 2013, p. 86).

Así las cosas, las nuevas tecnologías (en progresivo) aumento que permiten hacer análisis microscópicos sobre el cuerpo, la coexistencia de tejido testicular y ovárico en algunas personas, unidos a la irrupción de la endocrinología en 1915 desafiarían la asignación de sexo en base al criterio gonadal y pondrían fin a la era de las gónadas (Dorlin, 2005; Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006; Martínez,

2011-2012 Vázquez, 2013), para dar paso a lo que Fausto-Sterling (2006) llama “la edad de la conversión”, que García, Romero y Ortega titularán (2007) “la edad del género hetero-genital” o simplemente a “la era de la cirugía” (Domurat, 1998, citado por Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006, p. 756; García, 2015).

Ahora que las gónadas dejaban de ser el criterio por antonomasia para determinar el sexo de una persona ¿a qué había que atender? Dorlin (2005) señala que las hormonas emergieron como el tan buscado criterio y base de la “bi-categorización sexual”. Asimismo, Löwy (2003) afirma que a comienzos del siglo XX los médicos creían que la causa detrás de la homosexualidad e incluso de la discrepancia entre el deseo sexual y las gónadas de algunos intersexuales eran las anomalías hormonales⁴¹. Por añadidura, en los años 1930 se constata, en condiciones artificiales, que la administración de hormonas en altas dosis provocaba cambios en las características sexuales secundarias de las personas (por ejemplo, el desarrollo de silueta femenina y senos en hombre tratado con estrógenos, o la aparición de barba en mujer tratada con testosterona), lo que reafirmó la designación de estas moléculas como “sexuales” (Fausto-Sterling, 2006; Löwy, 2003).

Ante esto, resultaba lógico o al menos posible una terapia hormonal para “solucionar” el “problema” de las “ambigüedades”. Sin embargo, las investigaciones biomédicas descubren que las llamadas “hormonas sexuales” tanto “masculinas” como “femeninas” estaban presentes en hombres y mujeres, las hormonas femeninas podían tener efectos masculinizantes en ciertas circunstancias y viceversa, y por si eso fuese poco tenían funciones *“bien plus complexes que la simple sexuation des corps”* [mucho más complejas que la simple sexuación de los cuerpos] (Dorlin, 2005, p. 126)⁴².

En paralelo al contexto hasta aquí descrito, hay que indicar que por estos años se propone aplicar el término intersex a las variantes sexuales, por Richard Benedict Goldschmidt (1878-1958), un genetista

⁴¹ Pese a los intentos de “sanar” a los homosexuales vía hormonal, no había un sustento empírico de dichos tratamientos y jamás se encontró correlación alguna entre gónadas, niveles hormonales en la sangre y orientación sexual “atípica”. Por estas razones, los adeptos a estas concepciones en torno a la homosexualidad volcaron sus ideas hacia el cerebro (Löwy, 2003).

⁴² Fausto-Sterling (2006) analiza con riguroso detalle la historia de las hormonas sexuales en el capítulo 7 de la obra aquí citada, titulada “¿Existen realmente las hormonas sexuales? (El género se traslada a la química) (pp. 207-234). La bióloga molecular llama a eliminar los términos “hormona sexual”, “andrógeno” y “estrógeno”, y reemplazarlos por el de hormonas esteroides. Asevera que varios órganos pueden sintetizarlas y responder a su presencia y que son hormonas de crecimiento que afectan prácticamente la totalidad de los sistemas de órganos, sino a todos. Concluye que si la visión científica se abre, la comprensión del género se modificará.

de origen alemán (Jorge, 2011; Vázquez, 2013). El término, englobaba el hermafroditismo, la homosexualidad y toda “desviación sexual” (Hernández, 2009).

Retomando la discusión, si el fundamento del sexo no eran las gónadas ni las hormonas, ¿cuál era ahora? Un nuevo determinante último del sexo aparece después de mediados de siglo, proveniente del mundo de la genética: los cromosomas XX y XY. Pero no perduraría pues Dorlin (2005) estima que las mujeres con cromosomas XY y los hombres con cromosomas XX están cerca del 10 por ciento, ergo, este criterio genético es uno de los más inexactos⁴³.

Con todo, el desarrollo de las nuevas técnicas para investigar el cuerpo humano, contribuyeron a comprender la biología de la intersexualidad, su enorme complejidad y a crear clasificaciones según su origen⁴⁴. Con el tiempo, llegaría la herramienta más importante para “normalizar” los cuerpos que desafiaban la defendida clasificación binaria: la cirugía.

Poco antes de la década de los 1940, se llevan a cabo las primeras cirugías de “cambio de sexo” lo que abría la puerta a la intervención quirúrgica de los cuerpos “ambiguos” (Cabral & Benzur, 2005). Ya en los 40s llegan las hormonas sintéticas para reemplazar a la producción industrial de hormonas sexuales, durante la Segunda Guerra Mundial la cirugía plástica se va perfeccionando y el uso de los antibióticos después de la guerra permitió operaciones mucho más complicadas y de mayor duración (así como la de Christine Jorgensen en 1952). A fines de la década, la alianza entre endocrinólogos y especialistas quirúrgicos determina tratar precozmente a las personas de sexo indeterminado (Löwy, 2003). “Al igual que en el siglo XIX, el conocimiento incrementado de los orígenes biológicos de la complejidad sexual facilitó la eliminación de sus signos” (Fausto-Sterling, 2006, p. 62).

⁴³ Jorge (2010) analiza y critica la falacia de los “cromosomas sexuales” y afirma que el corpus biomédico se ha fundado sobre dos ideas erradas: primero, la determinación del “sexo” en la concepción, y segundo, que lo que concierne al “sexo” tiene un fundamento inteligible en el cuerpo. El anatomista se hace eco de una afirmación de Clara Pinto-Correia (1997): “la determinación del sexo en los mamíferos constituye aún un gigante enigma sin resolver” (p. 23). La de Jorge (2010, 2011), es una de las críticas más grandes a la diada sexo-género y a los dogmas en torno al “sexo”, desde el interior mismo de la medicina.

⁴⁴ Por ejemplo: Síndrome de Turner y Síndrome de Klinefelter (origen cromosómico), Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (origen hormonal), etc. (Löwy, 2003).

2.8.1. La génesis de los protocolos médicos actuales: John Money y el fraude detrás del supuesto éxito del caso Reimer

Posterior al término de la Segunda Guerra Mundial, se emprendieron investigaciones para determinar la vinculación entre la identidad profunda de las personas⁴⁵ y su biología. De acuerdo al testimonio de Löwy (2003) se trataba principalmente de psicólogos que trabajaban en dos laboratorios estadounidenses y que habían seguido casos de niños intersex. Uno de ellos dirigido por Robert Stoller en la Escuela de Medicina de la Universidad de California (Los Ángeles) y el otro, por John Money (al principio en colaboración con el matrimonio John y Joan Hampson) en la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore).

Al buscar los orígenes de los protocolos de atención médica a las personas intersex imperantes hasta hoy, prácticamente la totalidad de la bibliografía remite al trabajo y teorías de John Money (1921-2006)⁴⁶, que se desarrollan a partir de los años 1950s. Según García (2015), las investigaciones del psicólogo de origen neozelandés marcan un punto de inflexión, y son la base médica para tratar la intersexualidad hasta nuestros días. Antes de Money los niños intersex no eran objeto de tratamientos médicos quirúrgico-hormonales (Greenberg, 2012; Gregori, 2006).

Money y sus compañeros, interesados en investigar la identidad y la orientación sexual, en relación con la transexualidad y el tratamiento de niños intersex, desarrollarían para estos últimos una teoría de tratamiento psico-médico que más allá de dar importancia al sexo biológico, da preponderancia al condicionamiento socio-cultural de la identidad de género (Stolke, 2004). Estas ideas fueron publicadas a mediados de los años 1950s y se completarían en un libro en el que Money trabajó junto a Anke A. Ehrhardt, publicado en 1972⁴⁷ (Vázquez, 2013).

⁴⁵ Nombrada en la literatura como *core identity* (Löwy, 2003) o como *core gender identity* (Cabral & Benzur, 2005; Stolke, 2004).

⁴⁶ Aboff, 2011; Aliabadi, 2004; Butler, 2006; Cabral & Benzur, 2005; Chase, 2005; Chiland, 2003; Diamond & Sigmundson, 1997; Dorlin, 2005; Ehrenreich & Barr, 2005; Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006; Fausto-Sterling, 2006; García, Romero y Ortega, 2007; García, 2015; Greenberg, 1999; Gregori, 2006; Kogan, 2003; Löwy, 2003; Preciado, 2011; Preves, 2002; Semler, 2010; Stolke, 2004; Vázquez, 2013.

⁴⁷ *Man & Woman, Boy & Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity* [Hombre y Mujer, Niño y Niña: La Diferenciación y Dimorfismo de la Identidad de Género desde la Concepción a la Madurez], Johns Hopkins University Press.

2.8.1.1. Introducción del término género

Precisamente fue gracias a las personas intersex que John Money toma una de las decisiones que lo haría más famoso: crear, o más bien, dar un nuevo significado a la palabra género, que posteriormente sería popularizada por las feministas en los años 1970s (Chiland, 2003). El término iría progresivamente siendo adoptado por psicoanalistas, sexólogos y las incipientes clínicas del género para distinguir el sexo social asignado, del sexo anatómico (Stolke, 2004). En otras palabras el género como construcción psicosocial y el sexo como bioanatomía (Cabral & Benzur, 2005)⁴⁸.

Money lo utiliza por primera vez en 1955⁴⁹ para referirse a la identidad de género de un niño, o sea, al hecho de identificarse como hombre o mujer, y de comportarse conforme a dicha percepción (Dorlin, 2005; Löwy, 2003). Frente a estos nuevos elementos, Cabral y Benzur (2005) y Vázquez (2013), destacan que pese a que el nuevo paradigma del género parecía ser constructivista pues daba su mayor atención a lo social, la “generización” necesitaría de un cuerpo sexuado donde afirmarse y el intervencionismo biomédico lejos de retroceder, se multiplica. El cuerpo ya no era una base biológica sino un sostén material del género, y como tal debía ser “adecuado/concordante”, trayendo consigo serias consecuencias que veremos en los dos puntos subsiguientes.

2.8.1.2. Ideas y teorías propugnadas por Money: del “sexo verdadero” al “verdadero género”

Era en la época post Segunda Guerra Mundial cuando Money empieza a postular sus ideas. Poco después de que Simone de Beauvoir en su obra clásica *Le deuxième sexe* [El segundo sexo] (1949) afirmara que “no se nace sino que se deviene mujer” (Stolke, 2004, p. 81) y que “la anatomía no era un destino” (Vázquez, 2013, p. 89). Todavía más, Stolke destaca que nos encontramos en una época de reacción contra el Nazismo y sus ideas sobre el determinismo biológico, lo que contribuiría sobremedida a la convicción de la maleabilidad del ser humano y su identidad.

⁴⁸ Esta nueva conceptualización pretendía subsanar los desafíos terminológicos que provocaban las realidades trans, homosexual e intersex, y calmar de alguna forma la enorme ansiedad y confusión que provocaban por esos años las personas cuya identidad de género u orientación sexual deseadas no coincidían con su sexo biológico, o que nacían con “ambigüedad” sexual (Stolke, 2004).

⁴⁹ En la obra *Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings* [Hermafroditismo, Género y Precocidad en el Hiperadrenocorticismo: Hallazgos Psicológicos], *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*.

De este modo, no resulta tan sorprendente que el primer postulado de Money afirmara una supuesta neutralidad psicosexual de los niños al nacer (Aboff, 2011; Diamond, 1997; Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006; Stolke, 2004). De acuerdo a Money, por tanto, no nacemos hombres o mujeres, sino que llegamos a serlo en un proceso corto e irreversible en el que el “yo profundo” se estabiliza (Löwy, 2003). En base a esta supuesta elasticidad psicosexual de la temprana infancia, defendida por el psicólogo, los bebés podían ser transformados en niños o niñas mientras que sus genitales concordaran con dicha asignación (Aboff, 2011; Ehrenreich & Barr, 2005; Greenberg, 1999; Kogan, 2003; Stolke, 2004) e independientemente de elementos biológicos (como hormonas y cromosomas). El tiempo para hacerlo era antes de los 18 meses de edad (García, Romero & Ortega, 2007; Preciado, 2011; Preves, 2002; Stolke, 2004; Vázquez, 2013) y el cómo, era a través de la cirugía y los tratamientos hormonales. Se asentaba así su segundo postulado: un desarrollo psicosexual saludable depende de la apariencia de los genitales (Diamond, 1997; Stolke, 2004).

En suma a lo anterior entraba un nuevo factor determinante para el “normal” y “correcto” desarrollo psicosexual del niño: la crianza, que debía concordar estrictamente con los genitales asignados quirúrgicamente. Se prohibía entonces cualquier ambigüedad a la hora de educar al niño (Preves, 2002). Esto se conoce en la literatura como el *sex of rearing* [sexo de crianza] (Cabral & Benzur, 2005) o *gender of rearing* [género de crianza] (García, 2015).

En consideración de lo expuesto, los nacimientos intersex constituían una “emergencia social”, pues para Money y su equipo, el desarrollo psíquico saludable – dentro de una sociedad – exigía de un sexo exclusivo, sumando además el hecho de que para ellos la intersexualidad era equivalente a defecto y anormalidad (García, 2015). El cuerpo intersex estaba sexualmente inacabado, o diferenciado de manera incorrecta/incompleta (Gregori, 2006). Así, los neonatos intersex detentaban un riesgo de “inadaptación” en sí y de “desestructuración” para sus preocupadas familias. Someterlos a tratamientos quirúrgico-hormonales de reasignación sexual y educarlos de acuerdo a ella era imprescindible (Vázquez, 2013). Ello reduciría el potencial de estigma (Preves, 2002) y contribuía a su bienestar psicológico (Kogan, 2003). El fin último detrás de estos procedimientos, en palabras de Ilana Löwy, era: “*produire un alignement parfait entre le sexe assigné à l’enfant, son identité sexuelle, son rôle sexual et son orientation sexuelle*”

[producir una alineación perfecta entre el sexo asignado al niño, su identidad sexual⁵⁰, su rol sexual y su orientación sexual] (p. 87). En palabras simples, crear personas cisgénero⁵¹ y heterosexuales.

Para Vázquez (2013) las intervenciones emulaban físicamente los elementos que propiciaban imágenes adecuadas para formar la identidad sexual del individuo, pero lo decisivo en ésta, era el “verdadero género” impulsado por la socialización y no el supuesto “sexo verdadero” proveniente de la naturaleza.

2.8.1.3. La célebre y trágica historia de Bruce/Brenda/David Reimer⁵²

En agosto de 1965 nacen en Canadá un par de niños gemelos completamente sanos, Brian y Bruce Reimer. A los pocos meses de haber nacido, los niños desarrollaron fimosis por lo que se decide circuncidarlos. En el transcurso de la intervención quirúrgica el pene de Bruce sería quemado accidentalmente por el médico a cargo, y lo pierde completamente. Ante la desesperación, sus padres (Janet y Ron Reimer) recurren a John Money, quien ve en este caso una excelente oportunidad para probar sus teorías y recomienda convertir a Bruce en una niña, consejo que sus padres aceptan. Money estimaba que el niño no podría desarrollar una identidad “normal” sin un pene, lo que Verena Stolke (2004) denomina “la convicción freudiana de que el sano desarrollo psicológico de un niño o niña depende esencialmente de que posea o no un pene” (p. 87). Se reconstruyen, de este modo, sus genitales y Bruce pasa a llamarse Brenda. Las recomendaciones de Money fueron claras: aparte de la cirugía había que darle hormonas, educarla en estricta concordancia con el sexo asignado (sin espacio a la ambigüedad), y no contarle jamás la verdadera historia ni a ella ni a nadie (Aliabadi, 2004; Chiland, 2003; Greenberg, 1999; Preves, 2002).

Con el correr de los años, Money – manejando amplia información que indicaba lo contrario – reporta que el caso de reasignación fue un rotundo éxito y que Brenda, a diferencia de su hermano gemelo, se adaptaba perfectamente a su vida como niña. A partir de ahí el caso sería ampliamente aceptado en la

⁵⁰ Se refiere a la identidad de género.

⁵¹ Personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer. Cuando no coincide, hablamos de una persona trans (Serano, 2007, citado por CIDH, 2012, p. 11). “Con la invención del ‘género’ y su disociación del ‘sexo’, se hizo posible la aparición de un nuevo tipo de subjetividad patológica y por tanto de un nuevo campo de intervención médica: el ‘transexual’” (Vázquez, 2013, p. 89).

⁵² Prácticamente la totalidad de la bibliografía sobre intersexualidad, al remitir como responsable de los protocolos imperantes a John Money, remite a su vez al caso Reimer, que suele citarse como “caso John/Joan”. Judith Butler (2007) dedica su capítulo 3 “Hacer justicia a alguien...” al análisis de esta trágica historia.

comunidad médica mundial y se transformaría en el protocolo estándar (Aliabadi, 2004; Butler, 2006; Ehrenreich & Barr, 2005; Gregori, 2006; Semler, 2010).

Serían la BBC en el marco de un reportaje (Butler, 2006; Fausto-Sterling, 2006) y los doctores Milton Diamond⁵³ y Keith Sigmundson (1997) quienes reportan que los informes de Money no sólo eran incompletos sino que además no representaban la verdadera historia, ya que descubren que Reimer jamás se identificó como niña, tuvo varios intentos de suicidio, supo la verdad de boca de sus padres en la adolescencia (quienes al ver su sufrimiento deciden revelar la verdad que Money había recomendado ocultar) y comenzó a vivir como hombre. En el futuro, y luego de someterse voluntariamente a operaciones para intentar “recuperar” su anatomía masculina, David (el nombre que él mismo elige) se casa y se convierte en el padre adoptivo de los 3 hijos de su esposa.

David aceptó hacer pública su historia para así evitar prácticas similares en el futuro, de la mano del periodista John Colapinto, quien publica en la Revista Rolling Stone (1997) la verdadera historia detrás del autoproclamado éxito de Money, y en el año 2000 publica un libro titulado “*As nature made him: the boy who was raised as a girl*” [Tal como la naturaleza lo hizo: el niño que fue criado como una niña] que se convierte rápidamente en un *best seller*. Ambas publicaciones sumadas a las de Diamond y a otras críticas desde el interior de la biología como la de Fausto-Sterling (2006)⁵⁴, sentarían las bases para un enorme debate que perdura hasta el día de hoy, y que pone en tela de juicio los protocolos médicos imperantes en casos de intersexualidad.

John Money y sus trabajos comenzarían a perder crédito y la literatura a condenarlo enfáticamente afirmando que fue deshonesto (Chiland, 2003), poco ético, y que en definitiva – sediento de probar sus teorías – usó a David como un conejillo de indias para probar los efectos de la socialización del género y a su hermano como un control empírico (Colapinto, 2000; Preves, 2002). Pero, más allá de los aberrantes

⁵³ El doctor Diamond fue uno de los pocos en desafiar las teorías hegemónicas de Money. Ambos sostuvieron, en la literatura médica, un debate de más de 30 años, que está detallado en Fausto-Sterling (2006, pp. 88-94).

⁵⁴ La versión original de *Sexing the Body* se publica en el año 2000 al igual que el libro de John Colapinto, pero para el presente trabajo se ha usado su versión en español (Cuerpos Sexuados) que fue publicada en el año 2006.

abusos cometidos contra David⁵⁵, la gravedad del asunto radica en que esta historia fue presentada al mundo como un éxito y el “Protocolo Money” devino de aplicación universal (García, 2015).

A diferencia de Herculine Barbin, David Reimer no era una persona intersex, sin embargo, al igual que ella fue obligado a vivir una identidad que no era la suya y a la que nunca pudo adaptarse. David se suicida el 5 de mayo de 2004, dos años después de que lo hiciera Brian, su hermano gemelo (BBC Mundo, 2010; Butler, 2006; El Mundo, 2004; Slate Magazine, 2004).

2.9. Siglo XXI: Los desórdenes del desarrollo sexual (DDS)⁵⁶

En 1996 – pese a las incipientes revelaciones sobre el caso anterior – la Academia Americana de Pediatría (AAP) declaró que los niños “hermafroditas” pueden crecer exitosamente como hombres o mujeres, que la imagen del cuerpo sexuado de una persona era principalmente una función de socialización y que el proceso debía comenzar antes de los dos años y medio. Paradójicamente, el único estudio citado para hacer tales afirmaciones era de John Money. En 2000, establece, que los resultados de los tratamientos a “intersex” eran inciertos, pero aun así aconsejan la cirugía en niños y orientación continua a los padres (Ehrenreich & Barr, 2005).

En 2006, el autodenominado Consenso de Chicago reemplaza el término intersex por “desórdenes del desarrollo sexual” y los reclasifica⁵⁷ (Lee et Al., 2006), sin embargo, gran parte del activismo intersex ha rechazado este “consenso” por considerarlo estigmatizante, patologizante y porque refuerza la idea de que los rasgos intersexuales son condiciones médicas o trastornos que necesitan ser corregidos (Cabral, 2009; García, Romero & Ortega, 2007; Oll, 2012). Críticas que también provienen desde el interior de la medicina, por reforzar falazmente que el sexo asignado nunca será equívoco pues está en los genes del neonato y por proteger la “díada sexo=género” (Jorge, 2011, p. 265). Así es como vemos

⁵⁵ Judith Butler (2007) relata como David fue sometido a constantes revisiones genitales, entrevistas invasivas, fotografiado desnudo frente a diversas personas e incluso inducido junto a su hermano a que “representaran falsos ejercicios coitales entre ellos según las órdenes que iban recibiendo” (p. 93).

⁵⁶ Del inglés *Disorders of Sex Development* (DSD), término propuesto en el *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*, “Consenso de Chicago”, del año 2006.

⁵⁷ El “Consenso” reclasifica las manifestaciones de la intersexualidad en cuatro tipos, las que esta investigación no abordará, como ya se indicara, por no tratarse de un trabajo de medicina ni ser uno de sus objetivos. En dicha instancia sólo participaron - marginalmente - unos pocos miembros de la Sociedad Intersex de Norteamérica (Cabral, 2009).

nacer, entre finales del siglo XX y principios del XXI, al intersex con genitales incompletos producto de un desarrollo defectuoso y cuya naturaleza inadecuada debe ser reparada por el médico (Machado, 2005a).

CAPITULO III:

“La lucha intersex por el respeto a sus Derechos Humanos”

Ha llegado la hora para los intersexuales de denunciar nuestro tratamiento como abuso, para afirmar y manifestar abiertamente nuestra identidad como intersexuales, para enfrentar intencionalmente esa suerte de razonamiento que requiere que seamos mutilados y silenciados

(Cheryl Chase, 1998)

3.1. La génesis del activismo intersex: Cheryl Chase y la fundación de la Sociedad Intersex de Norteamérica

Corría 1998 cuando Cheryl Chase declaraba categóricamente: *“The time has come for intersexuals to denounce our treatment as abuse, to embrace and openly assert our identities as intersexuals, to intentionally affront the sort of reasoning that requires us to be mutilated and silenced”* [Ha llegado la hora para los intersexuales de denunciar nuestro tratamiento como abuso, para afirmar y manifestar abiertamente nuestra identidad como intersexuales, para enfrentar intencionalmente esa suerte de razonamiento que requiere que seamos mutilados y silenciados] (Chase, 1998, p. 214).

Cinco años antes la doctora Fausto-Sterling (1993) había publicado un provocativo artículo titulado *“The five sexes: why male and female are not enough”* [Los cinco sexos: por qué hombre y mujer no son suficientes] en el que cuestionaba los dogmas médicos sobre la realidad intersex, y en el que hacía un experimento mental en torno a la idea de un sistema de cinco sexos. Entre las cartas abiertas de los lectores del artículo – publicadas en la misma revista científica unos meses más tarde – se encontraba una de Cheryl Chase, una persona intersex estadounidense que a través de ésta denunciaba las cirugías, los tratamientos en torno a ellas, y sus graves consecuencias en la vida de las personas intersex⁵⁸. Al finalizar su carta, Chase anunciaba la creación de la Sociedad Intersex de Norteamérica (en adelante ISNA, siglas en inglés)⁵⁹ – en donde estaban formando un grupo de apoyo y documentando sus vidas – animando a toda persona intersex y sus cercanos a contactarse con ellos. Este hito marca el inicio de la lucha intersex por el respeto a sus derechos humanos⁶⁰.

⁵⁸ Chase denuncia que: la cirugía destruye la sensación sexual y la integridad corporal, se ignora el sufrimiento del niño al forzarlo a calzar con un modelo aceptado socialmente, sus genitales son objeto de constantes revisiones, muchas personas sufren de depresión producto de ello, del anhelo de recuperar partes que ya no están, los suicidios son comunes, no hay estudios de largo plazo sobre los tratamientos quirúrgico-hormonales. Por si ello fuera poco, el modelo de tratamiento se centra en la “adecuación” del pene y como un pene grande no puede ser construido a partir de uno pequeño, la mayoría de las personas intersex son asignadas al sexo femenino y como los clítoris muy grandes son considerados “desfigurados” se cortan (Fausto-Sterling, 1993).

⁵⁹ La *Intersex Society of North America* se crea ese mismo año (1993) en San Francisco (California, EE.UU.).

⁶⁰ Se documenta que ya existían organizaciones relacionadas directamente con la intersexualidad como la Asociación de Síndrome de Turner de Australia formada en 1983 (Kerry, 2009) y el Grupo de Apoyo AIS de Reino Unido formado en 1988 (Chase, 2005). Sin embargo, ninguna de ellas tenía la vocación política de la ISNA, sino todo lo contrario, pues reforzaban la calidad patológica de algunas de las manifestaciones de la intersexualidad e incluso presionaban para incrementar la atención médica y mejorar las cirugías (Chase, 2005).

La ISNA ya estaba en marcha, con la misión de crear “un mundo libre de la vergüenza, el secreto y la mutilación genital de las personas intersexuales” e iba ganando adeptos de todo el mundo. En 1996 se lleva a cabo el primer fin de semana de “retiro” de la Sociedad Intersex de Norteamérica, cuyo registro audiovisual realizado por Chase, constituye el primer documental de personas intersex en la historia (ISNA, 1996a)⁶¹. El 26 de octubre de ese mismo año tiene lugar otro hito histórico que dicha organización llamó: “*the first public demonstration by intersexuals in modern history*” [la primera manifestación pública de intersexuales en la historia moderna] (ISNA, 1996b, s.p.). Ello, frente al edificio en donde se estaba llevando a cabo la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatras (AAP) en Boston, organismo que se negó a hablar con los manifestantes, no dio respuesta a una carta enviada por la ISNA, pero envió un comunicado por medio del cual reafirmaba las ideas de John Money, agregando que “*from the view point of emotional development, 6 weeks to 15 months seems the optimal period for genital surgery*” [desde el punto de vista del desarrollo emocional, 6 semanas a 15 meses parece ser el período óptimo para la cirugía genital] (ISNA, 1996c, s.p.). Esta protesta es la razón detrás del Día de la Conciencia Intersex, celebrado cada 26 de octubre, primer día de dos semanas en las que se concientiza respecto de la intersexualidad. Estos catorce días terminan el 8 de noviembre, llamado Día del Recuerdo o la Solidaridad Intersex, en conmemoración del cumpleaños de Herculine Barbin.

Pese a que los inicios fueron difíciles, las publicaciones de los doctores Diamond y Sigmundson (1997) y de Colapinto (1997) desclasificando la verdad del caso Reimer vendrían a legitimar y reforzar al movimiento intersex. Paralelamente un especialista del Johns Hopkins afirmaba que: “*the organ that appears to be critical to psychosexual development and adaptation is not the external genitalia, but the brain*” [el órgano que parece ser crítico para el desarrollo y adaptación psicosexual no son los genitales externos, sino el cerebro] (Reiner, 1997, s.p.), y sería apoyado por Beh y Diamond (2000). Las denuncias del movimiento comenzaban a ser respaldadas en publicaciones provenientes del mundo de la biología como Dreger (1998, 1999) Kipnis y Diamond (1998) y Diamond (1999), las dos últimas llamando específicamente a una moratoria en las intervenciones quirúrgicas. Otro hecho de trascendencia histórica tendría lugar en 1999, cuando la Corte Constitucional de Colombia (en adelante, CCC) – tomando en consideración un *amicus curiae* presentado por la ISNA – decide limitar la capacidad de padres y médicos

⁶¹ El video de poco más de 30 minutos se tituló “*Hermaphrodites Speak!*”. En él participan Cheryl Chase y otras 9 personas intersex provenientes no sólo de los Estados Unidos, constituyendo así la primera reunión mundial intersex de la historia. Enlace en lista de referencias.

para alterar quirúrgicamente los genitales de menores de edad intersex. Dicha Corte fue testigo de dos casos de niñas intersex cuyos padres solicitaban se obligase a los médicos a intervenirlas (de 8 y 2 años de edad respectivamente), determinando en ambos que el consentimiento de los padres para practicar la cirugía genital (y sus consecuentes tratamientos hormonales) había sido inválido, y estableciendo, al mismo tiempo, nuevas reglas para restringir la autoridad de éstos con el objetivo de “*forcing parents to put the child's best interest ahead of their own fears and concerns about sexual ambiguity*” [obligar a los padres a poner el mejor interés del niño por delante de sus propios miedos y preocupaciones sobre la ambigüedad sexual] (ISNA, 1999, s.p.)⁶². Estas sentencias marcaron un precedente legal, citado ampliamente hasta hoy, ya que no se encontró ningún otro Tribunal Superior en el mundo que hubiera tratado ese tema, según señaló el secretario de la Corte de la época, Rodrigo Uprimny (ISNA, 1999). Los jueces colombianos, además, enviaron los documentos componentes del *amicus curiae* provisto por la ISNA a las autoridades médicas del país solicitando una respuesta. Finalmente, hay que señalar que cuando el mundo conoció la verdad detrás del caso de David Reimer, Colombia ya tenía algo de experiencia en el tema pues había tenido su propio caso “John/Joan” en 1995⁶³.

⁶² La CCC supeditó la autoridad parental para consentir tales procedimientos a tres factores: la urgencia y exigencia del procedimiento, cuan riesgoso e invasivo era éste, y la edad y grado de autonomía del niño (se dictamina que los mayores de 5 años ya han desarrollado su identidad de género y poseen una autonomía que debe ser respetada, con lo que los padres no pueden consentir en nombre de sus hijos). Se determinaba que el Estado colombiano sólo podía intervenir cuando hubiese un riesgo para el niño (o sea, sin riesgo no podía instar a los médicos a operar) y además, que en los casos intersex los padres son propensos a decidir en base al miedo y preocupación más que en base al bienestar del niño, lo cual podía suponer una discriminación contra sus propios hijos. El Tribunal estableció una nueva categoría: el consentimiento informado cualificado y persistente, que procede cuando los padres tienen información precisa sobre los riesgos y paradigmas de tratamientos alternativos que pudieran rechazar la cirugía temprana, y dicho consentimiento debía expresarse por escrito en más de una oportunidad durante un período extendido para asegurar que los padres tengan el tiempo suficiente para entender la situación de sus hijos. Así, la Sentencia SU-337/99 determina que al poseer la niña más de 8 años y tener una identidad de género definida (encontrándose además sin mayores problemas que dieran cuenta de la necesidad de una operación), los padres no pueden decidir en su nombre, y que llegado el momento, ella podía (o no) prestar su consentimiento informado para someterse a tratamientos quirúrgico-hormonales (CCC, 1999a). Por su parte, la Sentencia T-551/99 determinó que el consentimiento informado del padre era inválido por no ser cualificado y persistente, y además revocó parcialmente la orden de operar a la niña en 48 horas dictada por un juzgado colombiano (CCC, 1999b).

⁶³ Se trataba de un niño cuyo pene y testículos habían sido arrancados (aparentemente) por un perro, ante lo cual los médicos deciden cambiar su sexo con el consentimiento de los padres, no obstante el niño jamás desarrolló una identidad de género femenina. Su protagonista se revela contra los tratamientos, y presenta una tutela concedida por la CCC (Sentencia T-477/95), la que al hacerlo entrega algunos elementos fundamentales: los niños no son propiedad de nadie (ni de sus padres ni de la sociedad), son una libertad y autonomía en desarrollo, el sexo es un elemento fundamental de la identidad de una persona, los padres no pueden consentir la alteración de la identidad sexual de su hijo y los médicos no pueden basarse en ese consentimiento para hacer el tratamiento (CCC, 1995).

Con el comienzo del siglo XXI no sólo verían la luz algunas publicaciones revolucionarias como *Sexing the Body* (Fausto-Sterling, 2000), sino también obras audiovisuales como el documental XXXY que muestra el testimonio de dos personas intersex que fueron objeto de numerosas cirugías “correctivas”, los padres de una de ellas y un médico (Gale & Soomekh, 2000). Asimismo, la ISNA tendría enorme influencia en la elaboración del primer informe de derechos humanos en tratar la temática intersex, efectuado éste por la Comisión de Derechos Humanos de San Francisco y que denuncia las intervenciones “normalizantes”, médicamente innecesarias, sin el consentimiento informado de los pacientes – así como las prácticas en torno a ellas – como una violación de la integridad corporal y en definitiva un abuso a los derechos humanos (SF-HRC, 2005).

Sin duda, las semillas sembradas por Chase habían dado numerosos frutos, el mayor de los cuales era poner el tema sobre la mesa. La ISNA llega a su fin el año 2008, luego de quince años de trabajo (ISNA, 2008), no obstante lo cual, en 2003 se había formado una organización intersex que lograría alcance e influencia global y que no limitaría su presencia al mundo anglosajón sino que trascendería las barreras geográficas, lingüísticas y culturales: la Organización Internacional Intersex (en adelante, OII), una red global que hoy cuenta con filiales en Norteamérica, Europa, Asia y África (OII International, 2012).

Por último hay que subrayar que gran parte del desarrollo del movimiento intersex actual, y de la difusión de su causa y sus demandas, se debe al internet (Brossi, Landa & Ortiz, 2012), tecnología gracias a la cual también – y ante la ausencia de grupos de acompañamiento y apoyo – los intersexuales de todo el mundo han podido compartir sus experiencias (en general similares) a través del mundo virtual, articular su lucha y, en definitiva, encontrar el apoyo de quienes han pasado por la misma situación.

3.2. Las denuncias sobre las cirugías y su entorno

Hace alrededor de dieciséis años, una serie de artículos (Diamond & Sigmundson, 1997; Kipnis & Diamond, 1998; Diamond, 1999) daban inicio a las críticas – esta vez desde el mundo de la biología – sobre el manejo de la intersexualidad, contribuyendo así con las que ya venía manifestando el activismo intersex. Dichos textos científicos recomendaban, entre otras cosas, no practicar ninguna cirugía genital estética a niños hasta que hubiera evidencia de su necesidad, poner en marcha investigaciones para determinar si estos tratamientos estaban o no justificados, entregar información honesta y completa al

momento de aconsejar a las personas intersex y a sus padres, y que los casos de intersexualidad fueran tratados por un equipo multidisciplinario.

En el marco de la discusión sobre las cirugías se debe aclarar primero que las múltiples expresiones de la intersexualidad no siempre suponen diferencias respecto de lo que la medicina acepta como “genitales normales”. La mayoría de las veces, por no decir siempre, la alarma y la práctica quirúrgica aparecen en aquellos casos en los que se presentan genitales “atípicos”, por ejemplo, clítoris más grandes o penes más chicos de lo que determina la medicina como tamaño “normal”, configuraciones y/o localizaciones “atípicas” respecto de lo que ella misma estipula como “correcto”, entre otras muchas posibilidades. Lo que los artículos de medicina denominan, por lo general, como “genitales ambiguos” y/o “sexo ambiguo”. Es a partir de estos “estándares” que surgen gran parte de las críticas del activismo intersex desde hace más de veintidós años. Dicho esto pasaremos a discutir estas intervenciones y su entorno.

3.2.1. Sobre la emergencia y las verdaderas razones

Diversos autores señalan que en el momento que nace un bebé con “genitales ambiguos”, es decir, visiblemente intersex, se declara una emergencia en la sala de partos (Cabral, 2009; Kerry, 2009), los médicos se apuran para comenzar las intervenciones quirúrgicas con el objetivo de proteger su bienestar psicológico e instan a los padres a dar su consentimiento (Kogan, 2003; Riva & Machado, 2013). De acuerdo a los médicos, su condición pondría en riesgo el alcance de un desarrollo psicosexual saludable (Alemán et al., 2013; Ehrenreich & Barr, 2005; Machado, 2005b) pues convertiría al niño en blanco de estigma (Preves, 2002). Se percibe a la intersexualidad como una urgencia social debido a que ésta desafía las categorías hombre y mujer dificultando una clasificación, entonces los tratamientos quirúrgico-hormonales se sustentan y legitiman en esa necesidad urgente de categorizar al neonato (Cabral, 2003; Löwy, 2003; Machado, 2005b).

Las intervenciones normalizadoras inmediatas son necesarias entonces, se argumenta, para sostener el legado experiencial de la especie, que autoriza y reconoce sólo un repertorio limitado de identidades posibles, articuladas en vivencias de lo corporal que pertenecen, en nuestra experiencia, más a la cultura, a los psiquiatras y a los médicos, a los maestros y a los padres, antes que a las

mismas personas intersex, que excepto en contadas oportunidades nunca son consultadas en la modificación quirúrgica de sus genitales (Cabral, 2003, p. 120).

La rápida intervención de los cuerpos intersex proviene del origen mismo de los protocolos de tratamiento, pues como ya se ha indicado John Money afirmaba que era demasiado arriesgado reasignar sexualmente a un niño después de los dos años de edad (Cabral & Benzur, 2005; Carrillo, 2005). Así, se da rienda suelta a la emergencia pese a que la mayoría de las variaciones corporales intersex no suponen *per se* una amenaza física, raramente ponen en riesgo la salud y, por ende, rara vez necesitan de intervención (Cabral, 2009; Cabral & Benzur, 2005; Diamond & Sigmundson, 1997; Ehrenreich & Barr, 2005; Fausto-Sterling, 2006; Pinto, Gulfo, Mojica & Endo, 2013; Preves, 2002; Tamar-Mattis, 2012). Se reafirma que la intersexualidad es natural (Sytsma, 2006), no es una enfermedad (Semler, 2010) y que – exceptuando contadas situaciones que podrían comportar un riesgo para la salud – “el abordaje contemporáneo de la intersexualidad, la identificación y eliminación de la ambigüedad y de la diferencia están basados en supuestos que carecen de una base médica real” (Cabral, 2003, p. 121). Entonces ¿cuáles son las razones detrás del tratamiento?

Las intervenciones destinadas a la “reparación” de estas condiciones de no conformidad física con criterios culturales de lo que es normal en un cuerpo, no responden a la protección de la salud sino a una presión psicosocial (Cabral, 2009; Machado, 2005b; Preves, 2002; Riva & Machado, 2013), en la búsqueda del cumplimiento de las expectativas sociales que al ser efectivo – se estima – salvará a los protagonistas y su familia del malestar emocional, el trauma y la vergüenza (Ehrenreich & Barr, 2005) y acabará con esta “emergencia social” (Alemán et al. 2013; Chase, 2005; Kerry, 2009), sin embargo Brossi, Landa y Ortíz (2012) señalan que ningún niño debiera ser sometido a cirugías de esta naturaleza para hacer felices a los adultos, y Chase (2005), que los intersexuales no debieran sufrir violencia por la conveniencia o bienestar de los demás. Sobre esta última cuestión, agregamos una reflexión del cirujano pediátrico finlandés Mika Venhola: “*why operate on the child’s body if the problem is in the minds of the adults?*” [¿Por qué operar el cuerpo del niño si el problema está en las mentes de los adultos?] (Oll Australia, 2013, s.p.).

3.2.2. Sobre los criterios médicos y la asignación de la mayoría como mujer

Cada caso de intersexualidad es diferente y el manejo médico de ellos también. No hay protocolos internacionales o nacionales, pero, de modo general, las intervenciones suelen estar motivadas por algunos estándares y creencias que veremos en este punto. Efectivamente, los médicos tienen por intención contribuir a la salud de las personas intersex, sin embargo, de acuerdo a Fausto-Sterling (2006) hay tres asunciones que subyacen tras este propósito y que no se han discutido: sólo debe haber dos sexos, lo normal es la heterosexualidad y la salud psicológica de hombres y mujeres está definida por algunos roles de género.

La revisión bibliográfica indica que pese a las críticas lanzadas desde los años noventa, el fondo sigue prácticamente igual y la forma ha variado muy poco. De hecho, la única de las recomendaciones de Diamond que se ha ido implementando de manera más concreta es la de tratar los casos de intersexualidad bajo la mirada de un equipo multidisciplinario (Diamond, 2008). Se reconoce en la literatura este cambio pues antes normalmente la decisión la tomaba sólo el cirujano (Machado, 2005b). Machado (2005b) realizó una investigación sobre la perspectiva médica (con el testimonio de los profesionales de la salud) a la hora de tratar casos de intersexualidad, identificando que la prioridad del cirujano es netamente estética, a saber, genitales que luzcan “normales” (forma, ubicación, tamaño, etc.), la del endocrinólogo es más bien funcional, es decir, determinar si la manifestación de intersexualidad en cuestión pone en riesgo la vida del neonato. Por su parte, los genetistas se ocupan de buscar el origen de la intersexualidad manifiesta en cada cuerpo, en tanto el pediatra/neonatólogo – que además es el primero en ver al niño – pretende que su vida esté a salvo al salir del vientre materno, averiguando, por ejemplo, si sus diferencias involucran una pérdida de sal. Finalmente, el psicólogo, cuando lo hay, se concentra más bien en la familia del recién nacido. Todo esto como una introducción a los criterios médicos.

Así las cosas, emergen una serie de acusaciones sobre las decisiones médicas, que más allá de la interdisciplinariedad, siguen estando poderosamente guiadas por las posibilidades quirúrgicas. Además de que éstas, afirma Cabral (2003) constituyen juicios valorativos acerca de lo que son hombre, mujer y su sexualidad. Para comenzar, pene y clítoris deben tener un tamaño adecuado (Greenberg, 1999, 2012), pero ¿qué es adecuado y quién lo determina?

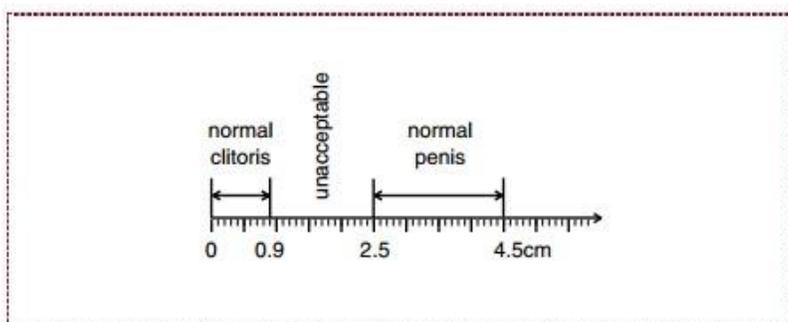


Ilustración 1: Longitud médicamente aceptada de clítoris y pene (no erectos) al momento de nacer (imagen copiada de Kessler, 1997, p. 33) ⁶⁴.

La medicina establece que el clítoris debe medir entre 0 y 0,9

centímetros, y el pene más de 2,5 centímetros de largo (Dorlin, 2005; Fausto-Sterling, 2006; Gregori, 2006; Pelayo, Carabaño, Sanz & La Orden, 2011; Preves, 2002; Youlton, 2007). Así, Greenberg (1999) reportaba que si un neonato cromosómicamente “masculino”, esto es XY, tenía un pene “inadecuado”, era asignado al sexo femenino – entendiendo inadecuado como la incapacidad para penetrar una mujer – aun si eso suponía destruir su potencial reproductivo. Además, se agrega que las cualidades constitutivas de un pene “adecuado” involucran también que la terminación del tracto urinario debe estar en la punta o cabeza del pene (los casos contrarios son conocidos como hipospadias⁶⁵), y que debe poder ser usado para orinar de pie (Cabral & Benzur, 2005). En concordancia, la evaluación de la vagina “adecuada” está marcada principalmente, sino de manera exclusiva, por la capacidad para ser penetrada (Dorlin, 2005; Machado, 2005b), añadiendo Dorlin que factores como la lubricación vaginal y la capacidad de sentir orgasmos no son prioridades. Así también, se destaca que al potencial reproductivo femenino se le da más importancia que al masculino, y de acuerdo a Diamond y Beh *“this difference might be because physicians and parents believe that motherhood is more important to females than fatherhood is to males”* [esta diferencia puede deberse a que los médicos y los padres creen que la maternidad es más importante para las mujeres que la paternidad para los hombres] (2008, s.p.). Queda en evidencia que durante largo tiempo la medicina ha considerado preferible ser estéril a tener un pene pequeño (Ehrenreich & Barr, 2005; Greenberg, 2012).

⁶⁴ Una figura similar se cita en Fausto-Sterling (2006, p. 81, fig. 3.4) bajo el nombre de “Falométrica”, agregando que la zona marcada como inaceptable es el área de intervención quirúrgica.

⁶⁵ Según datos de la Enciclopedia Médica virtual de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., Medline Plus (2012a), las hipospadias se presentan hasta en 4 de cada 1000 varones recién nacidos y frecuentemente se desconoce su causa. Enlace en lista de referencias.

Si de longitud se trata, situémonos por ejemplo en el caso de un niño nacido con cromosomas XY, testículos funcionales (productores de espermatozoides) pero con un pene de 1,8 centímetros, por tanto, debajo de la norma médica. Si en base al diagnóstico y a las posibilidades de construcción quirúrgica se decide que debe ser reasignado al sexo femenino, ahora pasa a ser estéril, necesita – al ser removidas sus gónadas – tomar hormonas por el resto de su vida, y su clítoris supera ahora dos veces el tamaño aceptado por la medicina, entonces será “corregido” quirúrgicamente⁶⁶. Un caso similar fue el de Cheryl Chase⁶⁷. Y es aquí donde surge otra gran denuncia del activismo desde sus inicios: la mayoría de los neonatos intersex son asignados al sexo femenino (Agramonte, 2006; Cabral, 2009; Chase, 1998, 2005; Preves, 2002) e incluso se afirma que se trata del noventa por ciento (Chase, 1998; Cooper, 2009). Cabral y Benzur (2005) evidencian esta situación destacando que la razón tras la “facilidad para hacer una mujer” en vez de un hombre, yace en el hecho de que la femineidad se reduce con frecuencia a la capacidad de ser penetrada vaginalmente y a tener un clítoris que no vaya a ser confundido, por sus dimensiones, con un pene. Mientras que la masculinidad se reserva sólo a quienes cumplan con las características peneanas “correctas” cultural y médicamente hablando (Stolke, 2004). Desde la perspectiva quirúrgica surge una célebre frase proferida por un especialista en intersexualidad de la Johns Hopkins: “*you can make a hole but you can't build a pole*” [puedes hacer un agujero, pero no puedes construir un palo] (Hendricks, 1993, citado por Chase, 1998, p. 210), en clara alusión a la vagina y al pene. Efectivamente, aun se afirma desde la medicina, que es más fácil “crear” una mujer que un hombre, ya que “para el cirujano es menos complicado proporcionar genitales femeninos que masculinos, por lo que actualmente se recomienda tomar la decisión de criar al niño como mujer siendo este genéticamente masculino” (Alemán et al., 2013, p. 63). Esto quiere decir que para crear una chica no hay necesidad de construir nada sino “sólo hay que sustraer el exceso de masculinidad” (Fausto-Sterling, 2006, p. 81) o cortar “lo que sobra” (García et al., 2007).

⁶⁶ Correspondiendo esto último a lo que el movimiento intersex denuncia como clitoridectomía (Cabral & Benzur, 2005; Chase, 2005)

⁶⁷ “Desde mi nacimiento hasta la cirugía, mientras yo era Charlie, mis padres y doctores consideraron que mi pene era monstruosamente pequeño, y con la uretra en la posición “equivocada” [...] Entonces, en el momento en que los médicos especialistas en intersexualidad sentenciaron que mi ‘verdadero sexo’ era femenino, mi clítoris fue de pronto monstruosamente largo. Todo esto ocurrió sin ningún cambio en el tamaño objetivo o la apariencia del apéndice que se hallaba entre mis piernas” (citado en Cabral, 2003, pp. 120-121).

Ha quedado en evidencia en el primer capítulo, que durante las primeras semanas todos los fetos tienen estructuras comunes y de acuerdo al testimonio médico comienza la diferenciación gracias a la acción del cromosoma Y (en particular de su sección SRY), y de la futura producción de testosterona que “masculiniza” a algunos de ellos. Perspectiva médica bajo la cual lo que no se hizo masculino deviene femenino. En palabras de Machado (2005b, p. 73): “*esse parece ser um fator que faz com que seja muito mais aceitável construir uma genitália feminina em um indivíduo XY e não uma genitália masculina em um indivíduo XX*” [ese parece ser un factor que hace que sea mucho más aceptable construir genitales femeninos en un individuo XY y no unos genitales masculinos en un individuo XX].

Sumando los criterios aquí descritos, es que algunos autores concluyen un enorme temor a la homosexualidad (Fausto-Sterling, 2006) y un sesgo misógino (Cabral & Benzur, 2005). Lo primero, ilustrado por Cabral (2003) mediante algunas preguntas como: “¿Un hombre con un pene demasiado pequeño o disfuncional no terminará convirtiéndose en homosexual? ¿Un clítoris demasiado largo no abre camino al lesbianismo? [...] ¿Acaso es posible que una mujer goce sexualmente de algo distinto, algo más que el sexo vaginal?” (p. 121). Cuestionamientos que giran en torno al propósito de que el adulto tenga una “función sexual normal” (Aliabadi, 2004) o “normalidad heterosexual” (Preves, 2002).

Aun se teme - acusan Cabral y Benzur (2005) - a que los cuerpos “defectuosos” o “malformados” pudieran traducirse en una homosexualidad o lesbianismo a futuro, debido a prácticas “femeninas” como orinar sentado o apariencias “masculinas” como la de un clítoris “virilizado” (ambos producto de las diferencias genitales), en otros términos, “estos protocolos de atención instituyen también un cierto saber sobre el mismo deseo heterosexual sobre el cual se consideran expertos - y tal vez custodios (puesto que afirman quién será deseado o deseada, por quién y para qué)” (p. 291). Todo esto emana de asunciones de linealidad entre genitales y deseo (orientación sexual), a saber, la presunción de que al crecer, la criatura recién nacida con vagina, se sentirá atraída por aquella que nació con pene y viceversa, o sea la heteronormatividad (Preves, 2002), el heterosexismo (Dorlin, 2005) o lo que Judith Butler denominaría la matriz heterosexual (2007), y que la realidad prueba que no es absoluta. Así, en el tratamiento al intersexual se juzga o predetermina lo que sus órganos harán con los órganos de los cuerpos “opuestos” (Fausto-Sterling, 2006, Gregori, 2006), pasando por alto algo fundamental y es que la orientación sexual y la identidad de género no se pueden predecir (Sytsma, 2006).

Ahora, sobre la misoginia podemos revisar una declaración de Chase en la que se refiere a la poca importancia que se le da al sufrimiento femenino, en el contexto de las reasignaciones a aquellos neonatos que no cumplen con los estándares de masculinidad determinados por la medicina:

Lo que produces es a alguien que tiene un cuerpo que es vagamente de mujer, es infértil, no menstrua, probablemente no tenga ninguna función sexual, puede tener dolores en los genitales, y ha sido mentido y avergonzado. ¿Es esto menos doloroso que tener un pene pequeño? Creo que se considera menos dañino porque el dolor de las mujeres es minusvalorado. Una vez que se ha transformado en dolor de mujer, ya no importa tanto (Chase, 200, citado por García et al., 2007, p. 37).

Encima de ello, en los casos de reasignación de sexo femenino en que no haya una vagina, se construirá una (también llamada neovagina), mas no basta sólo con su creación quirúrgica sino además con un tratamiento continuo que – en palabras médicas – “la mantenga en condiciones” (Gregori, 2006). Nos referimos a la utilización de dilatadores metálicos que deben insertarse periódicamente en ella para asegurar que sea funcional, o sea, que sirva para recibir un pene (Diamond & Beh, 2008). En todos los casos aquí citados, se concibe la “reparación” corporal como un imperativo para la “generización” del niño o la niña (Cabral & Benzur, 2005).

La frase de Chase citada precedentemente da cuenta de otros criterios presentes en el marco de estos procedimientos: el secreto, la mentira y el silencio recomendados por los médicos (Cabral, 2003; Ehrenreich & Barr, 2005; Suess, 2014; Vázquez, 2013). Por lo general, luego de estas intervenciones, se recomienda a los padres ocultar todo indicio del pasado del niño y no contarle la verdad para no poner en peligro su reasignación, e incluso en oportunidades se ha recomendado la quema de fotografías, documentos y cambios de casa y ciudad para “borrar” la historia pasada (Cabral & Benzur, 2005)⁶⁸.

Todo este desarrollo explica en gran medida el por qué el activismo intersex habla de tratamientos quirúrgico-hormonales “normalizantes”, y en el marco de la “normalidad” resulta interesante ejemplificar la subjetividad y arbitrariedad de ésta, citando un estudio publicado hace veinte años por el prestigioso *Journal of Urology* y realizado por un equipo de médicos alemanes (citado a su vez por Dorlin, 2005, p.

⁶⁸ Milton Diamond y Hazel Beh (2008) dan indicios de que esta situación estaría cambiando poco a poco.

133 y Fausto-Sterling, 2006, p. 79). Éste, analizó la localización de la uretra en 500 hombres “normales” (o sea, declarados hombres al nacer y viviendo con esa identidad de género), descubriéndose que sólo el 55% de ellos cumplían con los estándares médicos de “normalidad peneana” que se aplican a los niños intersex ya que el resto tenía hipospadias en mayor o menor grado. Muchos de ellos, jamás se habían percatado de que durante toda su vida habían orinado por un agujero “desviado”, lo cual – según Dorlin – invalida la valoración de la intersexualidad como un “error” que requiere ser reparado. Estamos hablando entonces de cirugías estéticas que se practican para recolocar uretras que encontraríamos en el 45% de los hombres calificados por la medicina como “normales”. Pese a la antigüedad de este estudio, la mirada sobre los “genitales ambiguos” – una de cuyas manifestaciones más comunes son las hipospadias – sigue siendo rígida y dependiendo del arbitrio de quién está mirando ese cuerpo. La impresión personal y subjetiva del médico al observar el cuerpo tiene un rol preponderante en los nacimientos intersex (Fausto-Sterling, 2006) y donde un médico ve genitales femeninos, otro puede ver genitales “atípicos” (Semler, 2010).

Como reflexión final de este punto, advertiremos también que la medicina afirma que lo “normal” – cromosómicamente hablando⁶⁹ – es que el hombre sea 46XY y la mujer 46XX. Recordando que en el primer capítulo se evidenció que hay hombres y mujeres cuya biología los dotó de los cromosomas del “sexo opuesto”, añadiremos que además de ello, la combinación cromosómica 47XXY se presenta en 1 de cada 500 a 1000 niños recién nacidos (Medline Plus, 2012b), las combinaciones 45X0 o 45X en 1 de cada 2500 niñas recién nacidas (National Human Genome Research Institute, 2013), la combinación 47 XYY tiene una incidencia de 1 cada 1000 personas y esta misma cantidad de personas poseen cromosomas 47 XXX (Solari, 2007), entre otras posibilidades. Para apreciar de mejor manera la enorme incidencia de estas variaciones o continuo biológico, recordaremos que la frecuencia del albinismo es de 1 cada 17.000 personas (Albinos Chile, s.f.).

3.2.3. Sobre la falta de evidencia de los protocolos médicos y las consecuencias de la cirugía genital

En el año 2000, las secciones de urología y endocrinología de la Academia Americana de Pediatría reconocían la incertidumbre sobre las consecuencias físicas y fisiológicas a largo plazo del tratamiento a las

⁶⁹ Es decir, desde el origen mismo del cigoto (futuro feto y recién nacido) en el momento de la concepción.

personas intersex y subrayaban la importancia de dar orientación y apoyo a sus padres (Ehrenreich, 2005). Un año más tarde, un equipo de expertos publica – en la revista médica británica *The Lancet* – un estudio practicado a cuarenta y cuatro adolescentes que habían sido objeto de cirugías, concluyendo que debía aplicarse una moratoria a las cirugías estéticas médicamente innecesarias hasta que sus destinatarios pudieran decidir por sí mismos (Greenberg, 2012). En 2002, Preves se cuestionaba el por qué la insistencia en seguir realizando estos tratamientos quirúrgico-hormonales (cosméticos, invasivos e irreversibles sin consentimiento del paciente) sin tener aún pruebas de su efectividad y ese mismo año se anunciaba que el que fuera el primer foco de promoción de las cirugías de cambio de sexo sin el consentimiento de los niños - el hospital Johns Hopkins - estaba llamando ahora a una moratoria de tales intervenciones poco éticas "a la luz de la evidencia de daño a largo plazo y PTSD [trastorno por estrés postraumático] que ahora está emergiendo" (Boyle, 2002, p. 21). Boyle llamaría también a parar toda mutilación genital.

Posteriormente, Chiland (2003) se haría eco de las ya reconocidas recomendaciones del doctor Diamond, llamando a detener las operaciones hasta que los niños tomaran sus propias decisiones y a los tres años Agramonte (2006), manifestaría la imperiosa necesidad de hacer una revisión de las ideas detrás del paradigma de tratamiento vigente, posición apoyada por Fausto-Sterling (2006), quien reconoce el daño causado por estos protocolos y la necesidad urgente de cambiarlos. Así han pasado los años y Semler (2010) se muestra sorprendida de que éstos aun perduren, pese a la carencia de estudios que apoyen la práctica de intervenciones quirúrgicas de manera inequívoca.

Hace cinco años también, en un artículo médico publicado en los Archivos Españoles de Urología en el que se explica detalladamente (y con fotografías explícitas) el proceso a seguir en cirugías de "masculinización" y "feminización" de personas con "genitales ambiguos", se reconocen las situaciones denunciadas, junto con la paradoja de que el paciente no sea parte activa de la discusión sobre sus tratamientos, y de manera honesta se declara que:

Pocas publicaciones comunican los resultados a largo plazo de la cirugía de las ADS⁷⁰. La literatura es un poco más prolífica para la cirugía del hipospadias que para la de feminización y está bastante más basada en opiniones, en impresiones que en evidencia. Los datos recogidos de pacientes o

⁷⁰ Los autores traducen la sigla DSD (Consenso de Chicago), como ADS o Anomalías del Desarrollo Sexual.

especialistas basados en la medicina observacional son más subjetivos que objetivos de la que mayormente se refieren a calidad de vida e integración en la sociedad. Aunque se han hecho progresos técnicos en ambos tipos de cirugía, la reconstrucción a fondo de los genitales tanto en varones como hembras lleva a menudo a resultados funcionales y cosméticos pobres con pacientes frustrados (Gorduza et al., 2010, p. 502).

Efectivamente, la literatura sobre la temática apunta en esa línea. Los tratamientos quirúrgicos (y su entorno) practicados sobre los cuerpos de niños intersex tienen consecuencias devastadoras e irreparables (Cabral, 2009). Sobre lo físico y sexual se denuncia que la cirugía genital genera secuelas como "insensibilidad, cicatrices internas y externas, infecciones urinarias a repetición, hemorragias, traumas post quirúrgicos" (Cabral, 2003, p. 121), entre otros. Se deteriora la función sexual en general, se reduce la capacidad de sentir placer y orgasmos, se sufre de dolores severos durante las relaciones sexuales (Aliabadi, 2004; Boyle, 2002; Brossi et al., 2012; Ehrenreich & Barr, 2005; Gelfman, 2010; Greenberg, 2012; Kogan, 2003; Semler, 2010), se coarta la posibilidad de elegir "vivir en el otro sexo" (Chiland, 2003) u optar voluntariamente por cirugías siendo adultos (Cabral, 2003) y además que rara vez los genitales resultantes lucen "normales" sino más bien "deformes" (Gelfman, 2010; Semler, 2010). Ehrenreich y Barr (2005) señalan que producto de las frecuentes gonadectomías practicadas en estos casos (remoción de las gónadas) se perjudica seriamente el sistema endocrino de estas personas - específicamente la densidad de sus huesos - ya que se les priva de las hormonas encargadas de su mantención. Se las condena a tratamientos hormonales sustitutivos de por vida. De esta última práctica surge también otra de las consecuencias, y una de las más graves: la esterilidad (Brossi et al., 2012; Ehrenreich, 2005; Tamar-Mattis, 2012), reconocida recientemente por la Organización Mundial de la Salud (2014) en el marco de una declaración interinstitucional sobre esterilización forzada⁷¹.

Por otra parte, se afirma que frecuentemente no basta con una cirugía genital, sino que al llevar a cabo la primera se necesitará de varias más (Ehrenreich & Barr, 2005; Greenberg, 2012), que pueden prolongarse durante toda la infancia y adolescencia (Cabral, 2003) y que "convierten a personas sanas

⁷¹ En conjunto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), ONU Mujeres, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

en dependientes de un cirujano por el resto de su vida" (p. 122). Las consecuencias que este hecho y los ya descritos traen sobre el bienestar psicológico⁷² de las personas intersex también son adversos (Aliabadi, 2004; Kogan, 2003) y han sido verbalizados, *inter alia*, como: trastorno por estrés postraumático de por vida (Boyle, 2002), traumas/impactos psicológicos severos (Ehrenreich, 2005) y psicosis (Chiland, 2003). Todo esto, en pos del alcance de lo que Cabral llama "corporalidad descifrable, legible y deseable, no subversiva, no vergonzante" (2003, p. 122).

De hecho, ya se anunciaba en el punto anterior el consejo médico - hacia la familia - de guardar silencio en torno a la historia de estas personas y el ocultamiento de sus historiales médicos que a partir de ahí quedan vedados a sus protagonistas, quienes aprenderán desde niños que hay que corregir, ocultar y callar la diferencia. De esto se desprenden sentimientos de vergüenza influidos sobremanera también por la mutilación del "sentido de merecer ser queridos y aceptados aun sin cirugías" (Cabral, 2003, p. 123). Mas la fuente del sufrimiento intersex no termina ahí, pues a menudo estos niños son objeto de manipulación humillante y dolorosa de sus genitales para asegurar el "éxito" de los tratamientos, y ¿cómo se mide ese éxito?: se adelantaba anteriormente que en el caso femenino se suelen insertar dilatadores para asegurar que la abertura vaginal no se cierre, mientras que en el caso masculino se trata a veces de la masturbación de jóvenes intersex para asegurar su capacidad eréctil - según citan Ehrenreich y Barr (2005) - quienes ejemplifican este tipo de manipulaciones a través del caso de una niña de nueve años cuyas piernas eran sujetadas por estudiantes de medicina, mientras un médico intentaba dilatarla y otra decena de profesionales observaba la escena. No resultan extraños entonces los sentimientos de violencia, abuso sexual, violación, vergüenza y humillación, la depresión y las tendencias suicidas que estos mismos autores mencionan en su trabajo. Es demasiada la atención en torno a los genitales de estas personas desde corta edad por parte de médicos y padres, y según sus propios testimonios las fotografías y las reiteradas revisiones los dañan y los hacen sentirse ratas de laboratorio. Sobre estos hechos, el criticado Consenso de Chicago señaló: "*Medical photography [...] should be undertaken, whenever possible, when the patient is under anesthesia for a procedure*" [la fotografía médica debería llevarse a cabo, siempre que sea posible, cuando el paciente está bajo anestesia para un

⁷² Para Semler (2010) esta dimensión - la más importante a ser analizada - no ha sido debidamente estudiada pues la mayoría de los estudios o anuncios médicos se han enfocado en la apariencia física de los genitales intervenidos.

procedimiento] (Lee et al., 2006, p. 493). Un pequeño ejemplo del por qué este autodenominado Consenso no goza de legitimidad dentro del activismo intersex.

Hace casi una década se llevó a cabo una acuciosa revisión bibliográfica respecto de los efectos psicosexuales presentes en aquellas personas que habían sido objeto de este tipo de tratamientos en la infancia, encontrando resultados a menudo desastrosos para la vida de estas personas – especialmente aquellas que habían sido “feminizadas” quirúrgica y hormonalmente –, recordando la enorme variabilidad del género humano, llamando a la revisión de los tratamientos imperantes y a la creación de un nuevo paradigma clínico en el que prime la opinión del paciente (Agramonte, 2006).

En 2011, se publica un nuevo estudio sobre el impacto sexual y psicosocial derivados de estas prácticas médicas “normalizantes”, encontrando – entre otras cosas – que el 60% de las personas que habían sufrido intervenciones “feminizantes” consideraban tener una vida sexual insatisfactoria o muy insatisfactoria, la mayoría no tenían pareja y optaban por la abstinencia, la mitad expresó no haber tenido nunca un orgasmo y más del 55% presentó complicaciones quirúrgicas que desembocaron en nuevas y repetidas intervenciones quirúrgicas. Todas aquellas personas que sufrieron la práctica de vaginoplastías presentaron atresia vaginal. En lo que respecta a lo psicológico, el 94% presentó niveles medio y alto de ansiedad como rasgo. Los, recurrentemente, manipulados genitales de estas personas devienen una fuente de temor, conflictos y tensiones psíquicos, en general, sobre la base de la vergüenza e inaceptabilidad que llevaron a los adultos a intervenirlos. En suma, la mayoría de estas personas viven una sexualidad limitada, inhibida y dañada, sufren de depresión, miedo, insatisfacción y desesperanza, tienen una imagen negativa de sus genitales y cuerpo en general, que marcan su vivencia de la sexualidad, influida además por el secreto médico, parental y las intervenciones. Los resultados adversos generales de las cirugías se relacionan con la iatrogenia médica y paramédica (Agramonte et al., 2011).

El año pasado, a través del *Journal of Pediatric Urology*, el doctor Diamond (2014) reiteró el llamado que hace desde fines de los 1990s, para aplicar una moratoria de las cirugías cosméticas y médicamente innecesarias en niños. Y este año, Torrado y García (2015) han publicado un nuevo estudio psicológico realizado a niños y adolescentes con tratamiento quirúrgico de sus genitales médicamente diagnosticados “ambiguos”, cuyos resultados arrojan que: el 50% de los niños presenta variabilidad emocional, cambios en sus estados de ánimo y humor, posee preocupaciones, dudas y molestia en relación a su figura

humana, el 60% evidencia inhibición y bloqueo emocional, y rechazo al contacto físico social y familiarmente, el 70% tiene "dificultades para expresar sus emociones ante los diferentes estímulos o impactos emocionales en relación a sí mismos y con menor medida a su ámbito familiar" (s.p.), mismo porcentaje que observa "vivencias de desprecio, desagrado y/o molestias con respecto al esquema corporal, incluyendo el propio" (s.p.). El 90% muestra angustia sobre su cuerpo o una parte de sí y el 100% presenta dificultades en la comunicación social, mayoritariamente en el ámbito familiar.

Todas las consecuencias y/o secuelas hasta aquí descritas han sido denominadas por Agramonte et al. (2011), Vázquez (2013) y Suess (2014) como iatrogénicas, dando cuenta de que la intención médica no se traduce en resultados congruentes (Semler, 2010), concluyendo que estas cirugías causan a menudo más daño que bien a sus destinatarios (Aliabadi, 2004), razón por la que no se justifica incurrir en los perjuicios que estas ocasionan si de ellas no resulta un estado psicológico mejor que el que se habría tenido sin ellas (Ehrenreich & Barr, 2005).

3.2.4. Sobre el consentimiento de los padres y la libre autodeterminación de los niños

Tradicionalmente se ha considerado que los padres deben consentir las intervenciones dado que los niños son muy pequeños para hacerlo, y además sobre la base de que los padres quieren lo mejor para sus hijos por lo que la decisión sería tomada pensando en el bienestar de la criatura, pero los casos de intersexualidad revisten una discusión de mayor complejidad (Semler, 2010).

"No hay tiempo para que los nuevos padres consulten a otros que hayan tenido hijos de sexo mixto antes que ellos o hablen con intersexuales adultos. Antes de veinticuatro horas, el bebé debe abandonar el hospital con un solo sexo [el "verdadero"], y los progenitores deben estar convencidos de que la decisión ha sido la correcta" (Fausto-Sterling, 2006, p. 65).

El tiempo de dicha asignación puede variar, sin embargo por lo general, y en el marco de la emergencia, a los padres no se les brinda información completa (cuando se les brinda) e incluso son presionados por los médicos para aprobar las cirugías (Ehrenreich, 2005). La literatura médica ha recomendado abiertamente que el equipo médico distorsione, oculte y mienta respecto a este tipo de nacimientos (Chase, 2005; Fausto-Sterling, 2006; García, 2015). Se estima, como se adelantaba en puntos anteriores, que la salud psicológica/emocional del niño está en riesgo producto de esta situación,

pero primeramente la de sus padres quienes podrían rechazar al niño (Semler, 2010). Es por ello que en el Consenso de Chicago "se dio preferencia a la asignación temprana de género en los casos más complejos de anomalías de genitales para evitar situaciones insoportables para los padres" (Gorduza et al., 2010, p. 501).

Pero, ¿es justo, por ejemplo, que un médico elija entre la capacidad de reproducción o la de sentir placer, a nombre de otra persona?, ¿será correcto modificar tan radical e irreversiblemente el cuerpo de un ser humano que no está en condiciones siquiera de hablar y expresar su opinión, sólo por la tranquilidad de sus padres? La Corte Constitucional de Colombia marcó jurisprudencia en esta materia al constatar que las decisiones de los padres estaban, generalmente, guiadas por el miedo y los prejuicios, y restringir notoriamente su autoridad y la de los médicos en estas situaciones. Ya se ha mencionado que dicho órgano determinó que, para los casos de menores de cinco años, los padres podían dar su consentimiento informado siempre y cuando éste fuese cualificado y persistente. Esto es, conocer las consecuencias de los tratamientos, informarse sobre otras alternativas y expresar el consentimiento repetidamente y en varias formas durante un espacio de tiempo en el que pudiesen procesar y comprender toda la información concerniente al bienestar de sus hijos de forma razonada y consciente (González, Velásquez & Duque, 2010).

A inicios de este siglo, Diamond y Beh (2000) expresaban que *"both doctors and parents fail to include the child's right to self-determination in the decisional calculus"* [tanto doctores como padres no incluyen el derecho del niño a la auto-determinación en el cálculo de la toma de decisiones] (s.p.), y fundamentaban su crítica al consentimiento parental obtenido por los médicos en cinco elementos que son: la falsa urgencia, la información incompleta e inexacta, el secreto hacia los niños y el resto, la incertidumbre sobre los resultados de los tratamientos y la negación del derecho de los niños a "un futuro abierto" (s.p.). Tres años antes un médico del mismísimo Johns Hopkins apoyaba el respeto a la opinión de los niños sosteniendo que: *"In the end it is only the children themselves who can and must identify who and what they are. It is for us as clinicians and researchers to listen and to learn [A final de cuentas solo los propios niños pueden y deben identificar quiénes y qué son. Nosotros como médicos e investigadores tenemos que escuchar y aprender]* (Reiner, 1997, s.p.).

En esa misma dirección, Semler (2010) argumenta que el consentimiento de los padres ante las cirugías no corresponde a un consentimiento informado por dos razones: falta de información (y la obsolescencia e inexactitud de la que se entrega) y falta de competencia. Lo último, por el contexto de miedo, estrés y *shock* que estos experimentan al enterarse de la situación, y que impide actuar pensando en el mejor interés del niño. La autora sostiene que los padres deberían ser informados de la falta de base científica de los estándares de tratamiento ya que cuando se enteran de los riesgos y del bienestar de aquellos que no han sido sometidos a este tipo de intervenciones, declinan - notoriamente - el número de consentimientos. Aboff (2011) analiza esta situación en una línea bastante similar al cuestionar la información que manejan los padres, la competencia de éstos y la voluntariedad e independencia de su decisión⁷³. A pesar de lo cual, Greenberg (2012) afirma que la mayoría de los médicos continúa defendiendo el consentimiento de los padres y cita un estudio de 2007 que da cuenta de que la mayoría de éstos aun consiente la genitoplastia. En contraste a ello, la misma autora, da cuenta de otro estudio del año 2004 cuya población de análisis fue un grupo de 72 personas intersex adultas, de las cuales casi el 50% se manifestó a favor de la moratoria de los tratamientos hasta que sus destinatarios tuvieran edad suficiente para decidir.

Es por las razones aquí esgrimidas que diversos autores han promovido el "*wait and see approach*" [enfoque de esperar y ver] (Kogan, 2003). Esperar el consentimiento directo de los pacientes (Chiland, 2003), al ser quienes vivirán con los resultados de los tratamientos (Preves, 2002) y quienes han estado demandado hace años el respeto a su autonomía (Cabral, 2003). Dicha espera - señalan algunos - debe durar hasta la adultez, pues ya habrá emergido su identidad de género (Boyle, 2002), propuesta de moratoria a la cual debemos añadir que pese a la definición de una identidad de género, cabe siempre la posibilidad de que las personas decidan no dar su consentimiento para someterse a intervenciones que modifiquen su cuerpo.

⁷³ La autora cita un estudio de Lareau (2003) en el que se le pregunta a un grupo de hombres qué hubieran querido que se hiciera con ellos si hubiesen nacido con un "micropene" y a uno de mujeres, si hubiesen nacido con un clítoris grande. La respuesta mayoritaria es la no intervención, sin embargo, al preguntar lo mismo pero esta vez en los cuerpos de sus hijos, la respuesta cambia.

3.3. El modelo binario, el relativismo cultural y las excepciones al modelo

La literatura sobre intersexualidad habla continuamente de asunciones binarias (Greenberg, 1999), dimorfismo sexual (Kogan, 2003), estructura dicotómica/binaria/bipolar o modelo sexuado de dos extremos (Löwy, 2003), modelo bio-sexual dualista (Stolke, 2004), dualismos normatizadores (Machado, 2005b), dicotomía sexo/género (Agramonte, 2008; Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006), sistema de género dual (2009), pensamiento dualista o lógica binaria/dicotómica lineal (Cabral, 2009), díada biomédica "sexo=género" (Jorge, 2011), entre otros. Todos estos términos desafiados y criticados como verdad inamovible por la realidad intersex, según estos mismos autores.

Greenberg (1999) manifiesta que este sistema binario reflejado, por ejemplo, en la ley, refuerza la idea de que la intersexualidad es inaceptable con los consecuentes perjuicios que ello supone para estas personas, mientras que para Cabral (2009), "la variación física [intersexual] en relación al binario sexual se convierte en una diferencia social" (p. 92). Por otro lado, Caetano, Raupp y Machado (2012), quienes analizan esta situación⁷⁴ desde el punto de vista de las políticas públicas de salud, ven en la intersexualidad la prueba de que el modelo de dos sexos y su asociación con un modelo de dos géneros es insuficiente y problemático, debido a que: "*mostram ainda que a necessidade de garantir a 'estabilidade' desse modelo está na base de muitas violações de direitos humanos*" [también muestran que la necesidad de garantizar la 'estabilidad' de este modelo es la base de muchas violaciones de derechos humanos] (p. 264).

En relación a ello, Morgan Carpenter - presidente de la OII Australia - afirma que: "*One of the key human rights issues for intersex people is not the existence of binary genders, but what is done medically to make them conform to those norms*" [Uno de los problemas fundamentales de derechos humanos para las personas intersex no es la existencia de géneros binarios, sino lo que se les hace médicamente para hacer que se adecúen a esas normas] (SBS, 2015). Desterrar la ambivalencia de sus cuerpos - particularmente de sus genitales - a través de cirugías involuntarias y dañinas, es el precio que estas personas han tenido que pagar durante décadas por cuestionar y desestabilizar la linealidad del hombre y la mujer "ideales" (Aliabadi, 2004; Löwy, 2003), ideas profundamente arraigadas en la cultura occidental

⁷⁴ Los autores no critican solo el binarismo hombre/mujer, sino también otros como: femenino/masculino, homosexualidad/heterosexualidad y cuerpo sano/cuerpo enfermo.

y que ocasionan que se les diagnostique como seres "ambiguos" (Stolke, 2004) a ser "normalizados" y reubicados de manera inequívoca como hombres o mujeres estándar (Cabral & Benzur, 2005). Ejercicio de "reparación" a través del cual - según escriben Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso (2006) - se reproduce y legitima la dicotomía género/sexo. Estos mismos, señalan que en esta labor los médicos no están solos pues suelen contratar psicólogos para contribuir a la socialización del género asignado a los niños intersex, uniendo, de ese modo, esfuerzos con la comunidad médica para perpetuar y fomentar el *status quo* del binario género/sexo.

Ehrenreich y Barr (2005) sugieren que estos tratamientos son mucho más complicados que la mutilación genital africana, equiparando así la mutilación genital intersex (MGI) a la occidentalmente condenada mutilación genital femenina (MGF), acusando asimismo a los médicos de hacer cumplir normas culturales de género que en los casos intersex dañan tanto a mujeres como a hombres. Estos autores reproducen en su trabajo, una crítica al feminismo lanzada desde los 1990s por Cheryl Chase quien se cuestionaba el hecho de que las feministas lucharan contra la MGF, pero guardaran silencio respecto de la MGI. ¿Por qué entonces el relativismo cultural y la incomprensión a los intersexuales desde el feminismo?:

Los intersexuales se han encontrado con tales dificultades para generar apoyo del feminismo hegemónico no sólo debido a los marcos racistas y colonialistas que sitúan la cliterectomía como una práctica extraña a los sujetos adecuados del primer mundo, sino también porque la intersexualidad socava la estabilidad de la categoría 'mujer' sobre la que se asienta la mayor parte del discurso feminista del primer mundo (Chase, 2005, p. 105).

Un paralelo similar han hecho Ehrenreich y Barr pero esta vez con respecto a la comunidad médica occidental, aseverando que: "*Western feminism has represented African genital cutting as primitive, irrational, harmful, and deserving of condemnation. The Western medical community has represented its genital cutting as modern, scientific, healing, and above reproach*" [El feminismo occidental ha representado la mutilación genital africana como primitiva, irracional, dañina, y merecedora de condena. La comunidad médica occidental ha representado su mutilación genital como moderna, científica, sanadora, e irreprochable] (2005, p. 71). Éstos además concluyen que ambos tipos de mutilación emanan de las mismas ideas pero que el discurso anti MGF tiene la "ventaja" de ser occidental, hechos que

muestran la excepcionalidad de la sociedad occidental-norteamericana que se presenta a sí misma como superior respecto de otras, la heteronorma y el patriarcado en éstas y un "privilegio blanco" en dicho movimiento.

Ahora bien, retomando la discusión del binarismo, ¿es este modelo una realidad universal?. Algunos estudios provenientes de la antropología indicarían que no, al dar cuenta de que en ciertas sociedades se reconoce la existencia de más realidades, recurrentemente citadas en la literatura relativa a la intersexualidad (Greenberg, 1999). El pueblo nativo norteamericano Navajo, por ejemplo, llama *nadle* a las personas intersex, quienes cuentan en dicha sociedad con la posibilidad de elegir casarse con cualquier sexo biológico y con derechos especiales en torno a la propiedad privada (Gauché, 2011). También en el contexto de los pueblos amerindios norteamericanos, tenemos a los *berdaches* (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006), igualmente conocidos como "*two-spirit*" [dos espíritus] y que socialmente gozan de un estatus especial al ser reconocidos como un tercer género (Greenberg, 1999). Otra de las figuras más emblemáticas es la de los *hijras* de la India (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006), grupo dentro del cual se cuenta a personas trans, intersex, afeminados, entre otros (Fausto-Sterling, 2006), equivalente a millones de personas (El País, 2014) reconocidas como un tercer género (Greenberg, 1999; Huffington Post, 2014)⁷⁵.

Una forma de intersexualidad (producto de variaciones genéticas) es reconocida, aceptada y no intervenida en Papúa Nueva Guinea y algunos pueblos de República Dominicana (Chiland, 2003; Fausto-Sterling, 2006). En el primer caso son designados por la sociedad como "*kwolu-aatmwol*" (hermafroditas) y que son tratados como un "tercer sexo" (Greenberg, 1999), en tanto que en el segundo, son llamados "*guevodoches*"⁷⁶ (Chiland, 2003; Gauché, 2011). En ambos casos, se trata de personas nacidas con las características "típicas" de una niña pero que al crecer -específicamente a los doce años - experimentan una "virilización" (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006), entendiéndose por ello endurecimiento de la voz,

⁷⁵ En el contexto asiático es dable recordar también el reciente reconocimiento legal de un tercer género - socialmente presente en dichas culturas desde hace larga data - en países como Nepal (2007), Pakistán (2011), Bangladesh (2013) e India (2014). Más detalles en El País (2014), La Voz (2011) y The Huffington Post (2014). Enlaces en lista de referencias.

⁷⁶ Citados por Greenberg (1999) también como "machihembras", por Fausto-Sterling (2006) como "guevodoches" y por Gauché (2011) como "guevodoques", experimentan la aparición de "huevos a los doce" (Greenberg, 1999) o - en palabras de Chiland (2003) - "pene a los doce".

desarrollo del pene (Gauché, 2011) y generalmente el desarrollo de una identidad de género masculina (Fausto-Sterling, 2006).

Así, mientras en algunas sociedades se condena, maltrata y estigmatiza a las personas que desafían el binario sexo/género, otras los ven incluso como lo que Gauché (2011) denomina "la encarnación del potencial completo de la sexualidad" (p. 75), situación que sugiere que nuestro sistema de géneros no es inevitable (Fausto-Sterling, 2006). Pese a esto, hay ciertos matices pues en los dos casos citados con anterioridad, incluso aquellas personas que no sufren dicha "virilización" llegada la pubertad, terminan identificándose en su mayoría como hombres por los privilegios sociales que ello supone aunque hayan sido criados y hayan vivido durante más de una década como niñas. En suma, se reconoce y acepta la existencia de seres humanos fuera de los estándares corporales tradicionales, pero sigue habiendo sólo dos roles sexuales (Fausto-Sterling, 2006) y una legitimización y jerarquía dicotómica (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006). En un contexto similar, Fausto-Sterling (2006), distingue notorias diferencias en el trato de los nacimientos intersex entre el mundo norteamericano-europeo y el de Medio Oriente pues en este último se evidencia una mayor negativa de los padres a asignar el sexo femenino a sus bebés, pues socialmente se prefiere a los hijos por sobre las hijas.

3.4. Algunos aportes y reflexiones en torno a la violencia

El término violencia se encuentra con frecuencia en la literatura sobre intersexualidad. Se ha hablado de actos constitutivos de violencia (Ehrenreich & Barr, 2005), normalización violenta (Chase, 2005), violencia corporal (Butler, 2003, 2006), violencia institucional (Cabral, 2009) e incluso de "las violencias de *los normales*" [cursivas de la autora] (Viera, 2011, p. 360). Y es sobre esta última frase que comienza nuestra reflexión pues es dable afirmar que tal violencia hacia las personas intersex parte desde antes de nacer, a través de lo que Gregori (2006) denomina "proceso de segregación entre 'normales' y 'anormales', o lo que es lo mismo, entre 'sanos' y 'enfermos' o 'patológicos' [...] mediante las técnicas de diagnóstico prenatal" (p. 104). Ya Caetano et al. (2012) analizaban los problemas provenientes de los binomios femenino/masculino, homosexualidad/heterosexualidad y cuerpo sano/cuerpo enfermo, y algo similar en el trabajo de García (2015) cuyo análisis problematiza algunas dicotomías como normal-anormal y sano-insano.

Sin lugar a dudas, la calificación de una persona como "anormal" o "patológica", sobre todo desde una "autoridad" como el médico, genera una profunda estigmatización que trae muchas consecuencias negativas sobre ésta (Agramonte, 2008; Butler, 2006; Chiland, 2011; Viera, 2011), de lo cual emana también la lucha por la despatologización compartida - en general - por aquellos que han sido peyorativamente calificados como "desviados sexuales", incluyendo por cierto a las personas intersex (Leite, 2012).

Agramonte (2008) nos recuerda que crecemos en una sociedad estructurada en torno a la dicotomía sexo/género, ambos (los dos sexos y los dos géneros) entendidos como conceptos antitéticos, pero que no percibimos hasta que vemos a alguien que se desvía de esta "norma" como los bebés intersexuales. Es ahí donde surge el problema. En relación con esto, el doctor Jorge (2011) se manifiesta en contra del Consenso de Chicago, *inter alia*, al estimar que éste protege la díada biomédica "sexo=género" y que asume que la asignación sexual clínica al recién nacido intersex jamás errará pues "su inteligibilidad está inscrita en sus genes" (p. 265). Este mismo especialista, expresa en su trabajo el error biomédico en la clasificación de las variaciones sexuales suscrita a la teleología, a saber, categorizar a los organismos en concordancia con su finalidad, que, en este marco de la biomedicina, no es otra que reproducirse para perpetuar la especie⁷⁷. Siendo así, ¿donde quedarían aquellos seres humanos que son estériles o aquellos que no quieren procrear? ¿Son menos humanos y dignos que el resto? ¿En qué lugar los dejamos?

"¿Acaso es tan irrazonable pedir que nos centremos más en la variabilidad y prestemos menos atención a la conformidad de género?" se pregunta Fausto-Sterling (2006, p. 135), pues de ahí emana la violencia que llama "metafórica y real", producto de la generalización. Y uno de los mayores aportes en este sentido proviene de Judith Butler (2007) quien ha cuestionado el "orden obligatorio" de sexo, género y deseo, utilizando además el concepto de violencia normativa que se desprende de todos los "ideales" alrededor del sexo, el que además, señala la autora, es una construcción social así como el género⁷⁸.

⁷⁷ Esto respondería también a las causas detrás de la protección de la capacidad reproductiva por sobre la capacidad de sentir placer, en muchos casos de intersexualidad.

⁷⁸ Las ideas expuestas por Butler (2007) en *Gender Trouble* [El género en disputa], publicado en inglés en 1990, es considerado uno de los textos fundacionales de la Teoría *Queer*.

La marca de género está para que los cuerpos puedan considerarse cuerpos humanos; el momento en que un bebé se humaniza es cuando se responde a la pregunta «¿Es niño o niña?». Las figuras corporales que no caben en ninguno de los géneros están fuera de lo humano y, en realidad, conforman el campo de lo deshumanizado y lo abyecto contra lo cual se conforma lo humano (p. 225).

Precisamente, es por estas reflexiones que las discusiones sobre la intersexualidad y su manejo suelen remitir a las ideas de Butler, pues en ellas se ha encontrado una forma de criticar el trato de estos cuerpos abyectos o ininteligibles, que a través de tratamientos quirúrgico-hormonales han tratado de ser "normalizados" o dejados inteligibles. Ella, ha sostenido que lo que llamamos "género" no es producto de diferencias sexuales emanadas de la naturaleza y que sexo, género y sexualidad han sido naturalizados en la sociedad gracias a la "performatividad" que de ellos hemos hecho. Con lo que queda en evidencia que no son categorías inamovibles o inmodificables y que tenemos la oportunidad de subvertirlas mediante prácticas que desafíen e incluso nieguen las "normas sexuales". De ser así, se estaría en buena posición para acabar con la imposición - vía violencia normativa - de lo que el humano puede o no ser.

3.5. El nuevo lenguaje e ideas en torno al sexo y la intersexualidad

Siguiendo en la línea reflexiva del punto precedente, se evidencia un nuevo lenguaje e ideas nuevas en torno al sexo a la intersexualidad y en gran parte sus cimientos provienen del mundo de la biología o la medicina. A modo de ejemplo, Fausto-Sterling (2006) ha propuesto eliminar la categoría "sexo" de los documentos de identificación como el pasaporte, como una forma de acabar con la violencia y discriminación, Dorlin (2005) da cuenta de un nuevo lenguaje gracias a la intersexualidad, y que actualmente se referiría no más a identidad sexual corporal femenino o masculino sino más bien a procesos de "sexuación" progresiva del cuerpo. Ella misma afirma que: *"scientifiquement parlant, il y a des conformations sexuées, des sexes, et non pas deux "sexes" mâle ou femelle"* [hablando científicamente, hay conformación sexuales, sexos, y no dos sexos masculino o femenino] (p. 128). Su conclusión general es que la infinitud de conformaciones sexuales hacen imposible reducir el género a un binario. De igual modo, Sytsma (2006) habla de que la intersexualidad es natural y poco a poco se ha ido extendiendo la interrogante de si hay que cambiar el cuerpo que varía o el sistema que no lo acepta (Vendrell, 2009).

Se ha ido entendiendo también que *"as próprias 'estruturas' físicas e 'órgãos' parecem receber um olhar generificado, ou seja, o reconhecimento da diferença é marcado por certas atribuições sociais e culturais de determinado gênero"* [las propias 'estructuras' físicas y 'órganos' parecen recibir un mirar generificado, es decir, el reconocimiento de la diferencia está marcado por ciertas atribuciones sociales y culturales de determinado género] (Machado, 2005b, p. 74). La misma autora vislumbra que en el marco de las operaciones de asignación sexual a las personas intersex, lo que llamamos "sexo" deja - paradójicamente - de ser "natural" puesto que es "construido" mediante la tecnología médica y que éste, a su vez, no es más natural ni menos cultural que el género. Machado finaliza su trabajo evidenciando la necesidad de *"desconstruir essencialismos que legitimam uma matriz heteronormativa de pensamento, a qual provoca mutilações na pele e na vida daqueles que não correspondem ao seu mandato"* [deconstruir esencialismos que legitiman una matriz heteronormativa de pensamiento, la que provoca mutilaciones en la piel y la vida de aquellos que no están conforme a su mandato] (p. 78).

En cierta forma se podría afirmar que los debates del tipo *nature/nurture* [naturaleza/crianza] (Greenberg, 2012), innato/adquirido o esencialismo/construccionismo (Escabí-Montalvo & Toro-Alfonso, 2006) han ido menguando en pos de ideas más bien mixtas del desarrollo humano. Testimonio de ello es la teoría de Diamond (2006) sobre el desarrollo psicosexual gracias a interacciones biológicas y sociales. Esto ha venido a reforzar la idea de que nadie debería asignar el sexo o género a otro ser humano (Löwy, 2003) y de que el manejo y debate sobre la realidad intersex no es materia exclusiva de la medicina (Cabral, 2009; Sytsma, 2006).

Una reciente publicación de la prestigiosa revista científica Nature (2015) viene a confirmar gran parte de lo expuesto en este trabajo: *"the idea of two sexes is simplistic. Biologists now think there is a wider spectrum than that"* [la idea de dos sexos es simplista. Los biólogos piensan ahora que hay un espectro más amplio que eso] (s.p.). Se ha ido comprendiendo que la naturaleza es diversa - ergo las personas también lo son - y su interpretación es una acción sociocultural (Fausto-Sterling, 2006). En resumidas cuentas "¡la variación es la norma, la homogeneidad es la excepción!" (Vargas, 2013, p. 154).

3.6. Las demandas del activismo intersex

Una de las cosas que destaca Cabral (2003), es que el activismo intersex apunta a cambios en "el afuera" y al respeto a su autonomía en tanto seres humanos con derechos, y añade que "no es una

sociedad sin géneros la que se pretende, sino el reconocimiento de la libertad inalienable de las personas para decidir sobre sus cuerpos" (p. 123). Junto a esto, el autor ve la necesidad de aclarar que este movimiento político no lucha contra los médicos, psiquiatras, o las intervenciones necesarias, sino que lo hace en favor de la igualdad de derechos. En Cabral & Benzur (2005) por su lado, se señala que:

Si persiste el modelo actual de asignación, binario, se demanda la asignación de cada individuo al género femenino o masculino, de acuerdo a las mejores expectativas de una vida feliz, y teniendo en cuenta, decisivamente, la experiencia de asignaciones anteriores; pero esa asignación inicial no debe implicar la modificación quirúrgica, 'cosmética', del cuerpo, dándole a ese niño o niña la posibilidad de decidir acerca de la necesidad de modificarlo o no en el futuro (p. 295).

En el año 2013, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos escuchó el testimonio y las demandas de un grupo de personas intersex (Mauro Cabral, entre ellos) y de una académica brasilera con más de diez años de experiencia en el tema (Paula Machado)⁷⁹. Algunas de las recomendaciones recibidas por la CIDH son: que médicos en contacto con niños y niñas intersex recibiesen capacitaciones actualizadas sobre atención, tratamiento y acompañamiento de éstos; la eliminación de tratamientos innecesarios, no consentidos y mutilantes; el registro (civil) en base a las mejores expectativas sin intervenciones quirúrgicas; la creación de grupos de apoyo para padres; la participación de las personas intersex en la decisión sobre su futuro, en un marco de autonomía decisional con acceso amplio a toda la información para sí y sus familiares; el seguimiento de las personas intersex hasta la adultez por equipos inter y multidisciplinarios, y crear condiciones para el monitoreo de prácticas institucionales de manejo de los casos intersex, la elaboración de campañas de sensibilización sobre intersexualidad, especialmente en los Ministerios de Educación a efectos de visibilizar esta realidad y acabar con la estigmatización.

En 2011 se lleva a cabo el primer foro intersex internacional⁸⁰ (Bruselas, Bélgica) cuyas demandas finales fueron: acabar con las prácticas mutilantes y normalizantes como las cirugías genitales y otros tratamientos psicológicos y médicos, incluyendo el infanticidio y el aborto selectivo por motivos de intersexualidad; asegurar el consentimiento informado personal, libre, previo y completo de las personas

⁷⁹ Un extracto de dichas audiencias en la CIDH (2013), se encuentran transcritos en el anexo 1.

⁸⁰ Éste reunió a 24 activistas intersex representantes de 17 organizaciones intersex de todos los continentes (ILGA, 2013).

intersex en toda práctica y protocolo médico; crear y facilitar un ambiente de apoyo, seguro y de celebración para personas intersex, sus familias y entorno (ILGA, 2013). El segundo foro⁸¹ llevado a cabo en 2012 (Estocolmo, Suecia) y a estas mismas demandas agregó: proveer apoyo psicosocial y apoyo de pares no patologizante para los padres, los prestadores de servicios médicos y la familia inmediata del niño en vez de cirugías u otros tratamientos a menos que éstos sean necesarios para salvar su vida; proveer todos los derechos humanos y ciudadanos a las personas intersex; acceso completo a las fichas médicas y toda otra documentación, y la afirmación del derecho a la verdad a las personas intersex; reconocer y reparar el sufrimiento e injusticia causada en el pasado (OII Francophonie, 2012). Por su parte, el tercer foro⁸² de este mismo tipo que tuvo lugar en 2013 (Valletta, Malta), agrega a similares demandas: empoderar a las personas intersex para tomar sus propias decisiones respecto de su integridad corporal, autonomía física y autodeterminación; acabar con los diagnósticos genéticos y tratamientos prenatales de los fetos intersex; acabar con la esterilización no consentida de las personas intersex; despatologizar las variaciones sexuales en las clasificaciones y protocolos médicos así como en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS; registrar a las personas intersex como hombres o mujeres, recordando que como cualquier persona al crecer pueden identificarse con un sexo o género diferente; asegurar que tal registro sea fácilmente modificable mediante la solicitud del individuo implicado, esperando que en el futuro, sexo y género no aparezcan en los documentos de identificación de nadie así como hoy no aparecen la raza y la religión; concientizar y sensibilizar a la sociedad sobre la realidad intersex; crear legislaciones antidiscriminación intersex; asegurar el acceso de las personas intersex al deporte competitivo de acuerdo a su sexo legal, y reparar y reinsertar a aquellos que han sido humillados o despojados de sus títulos; reconocer que la medicalización y la estigmatización de las personas intersex tiene consecuencias psicológicas devastadoras (OII Europe, 2013).

3.7. Logros, repercusiones y desafíos del activismo intersex

El primer logro que se expone en Cabral & Benzur (2005), es que la existencia intersex "sea", a saber, que el extremo secreto e invisibilidad que caracterizó a esta situación durante décadas haya

⁸¹ Esté contó con la presencia de 37 activistas provenientes de 33 organizaciones e instituciones de apoyo intersex de todos los continentes (OII Francophonie, 2012).

⁸² Que congregó a 34 activistas representantes de 30 organizaciones de todos los continentes (OII Europa, 2013).

llegado a su fin en los años 1990s y que haya pasado a ser progresivamente visible y pública en el siglo XXI.

Los últimos años han sido particularmente exitosos para el activismo intersex y pasaremos a nombrar algunos de los hitos más importantes. El año 2009, la Comisión de Derechos Humanos de Australia determinó que la cirugía infantil intersex viola los derechos humanos, particularmente su interés superior e integridad corporal. Dada la naturaleza y lo invasivo de estos tratamientos, se estima que debiesen contar con la autorización de los individuos que los recibirán (AHRC, 2009). En 2012, la Comisión Europea publica un informe temático titulado "Personas trans e intersex. Discriminación por razones de sexo, identidad de género y expresión de género", en el que se reconoce abiertamente que las personas intersex no necesariamente requieren o desean someterse a tratamientos médicos pero que siendo bebés son sometidos a tratamientos quirúrgico-hormonales cosméticos dañinos. Este informe reproduce los resultados de una investigación llevada a cabo por el Consejo de Ética Alemán, que establece el deber de posponer estos tratamientos médicos invasivos e irreversibles en pos de la integridad física de los niños y que cuando hablamos de asignación de género, la eventual decisión de los padres está limitada, por tratarse de un tema central en la vida del ser humano: su derecho a la sensibilidad sexual y la identidad de género (Aedh, 2012).

Paralelamente, la Comisión Nacional Consultiva Suiza de Ética Biomédica lanzaría un informe sobre el manejo de las diferencias del desarrollo sexual y cuestiones éticas relativas a la intersexualidad, en el que se da cuenta de las devastadoras consecuencias de los tratamientos actuales de la intersexualidad como la pérdida de fertilidad y la sensibilidad sexual, considerando especialmente grave el hecho de justificar la urgencia médica de intervenir en razones psicosociales ya que con ello se estaría faltando a la integridad física del niño y su futura autodeterminación. Por estas razones recomienda postergar las intervenciones innecesarias con consecuencias irreversibles (como la cirugía genital y la remoción de gónadas) hasta que el niño pueda decidir por sí mismo, apoyar a éste y sus padres psicosocialmente con especialistas en la materia hasta que lleguen a la adultez, proteger ante todo la integridad física del niño y se recalca la necesidad de contar con estudios representativos para facilitar la práctica médica basada en evidencia y no en supuestos (NEK-CNE, 2012).

En el contexto latinoamericano, ese mismo año, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires elabora una guía para el personal de salud sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia a la población LGTB, en el que se determina que los procedimientos médicos a niños intersex

deben realizarse cuando la vida de éstos esté en peligro, sin embargo, no se recomienda la "adecuación" genital a una apariencia masculina o femenina mediante cirugías hasta que el involucrado decida por sí mismo. Se reconoce que uno de los problemas a este respecto, es la desinformación médica que anima a los padres a consentir este tipo de tratamientos y que traen consecuencias sexuales y emocionales negativas que perduran a lo largo de toda la vida (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2012). Dos años más tarde, también en Argentina, el Ministerio Público Titular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires publica un documento titulado "Aportes para el cumplimiento de derechos humanos en la temática intersex". En éste, se recomiendan confidencialidad de la información para proteger a los menores de edad intersex y sus familias, el consentimiento informado del niño o niña afectado/a, el acompañamiento de pares intersex, la postergación de los tratamientos irreversibles, desvincular el procedimiento registral del sexo de las intervenciones sobre el cuerpo (esto es, no usarlas como fundamento para intervenir), y el seguimiento de estos niños hasta la adultez, entre otros (Ministerio Público Tutelar de la CABA, 2014).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2014) emite una declaración interinstitucional sobre eliminación de la esterilización forzada en conjunto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ONU Mujeres, ONU Sida, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Unicef. Un capítulo entero de esta declaración está destinado a la temática intersex y se informa sobre la esterilización forzada de la que son víctimas muchas personas intersex producto de los tratamientos médicos no consentidos e irreversibles, reconociendo que los padres que consienten no poseen información completa y la necesidad de aplicar una moratoria hasta que el niño alcance la madurez necesaria para tomar una decisión (consentimiento pleno, libre e informado). Se realza la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud sobre diversidad biológica, sexual y corporal. Finalmente, se llama a reconocer los tratamientos pasados como errores y pedir disculpas a las víctimas, investigar y sancionar los casos de esterilización forzada, reparar a los adultos intersex sometidos a estas intervenciones y proveerles servicios de reproducción asistida. Todo, enmarcado en métodos de seguimiento y cumplimiento que garanticen la no repetición de estas prácticas.

Ese mismo año, se publica el primer estudio internacional sobre la discriminación a las personas intersex alrededor del mundo, a cargo de Dan Christian Ghattas de la *Heinrich Böll Foundation* de Alemania. Enfocado en la invisibilidad social y legal, las intervenciones médicas y la salud, el estudio

recolectó información de 12 países de los cinco continentes (el único país latinoamericano del que se recibió información fue Uruguay), que confirman las denuncias en torno a la urgencia y normalización y da cuenta de gravísimas situaciones en países como Uganda y Sudáfrica en donde se reporta el asesinato de los recién nacidos intersex. En dicho estudio pueden encontrarse mapas mundiales sobre la práctica de cirugías genitales, remoción de gónadas, terapias hormonales, tratamientos post-operatorios, discriminación, registros legales, entre otros (HBF, 2014).

En 2015, la OMS nuevamente ha manifestado su preocupación en lo relativo a las personas intersex, publicando un informe sobre "Salud sexual, derechos humanos y la ley" en el que condena los procedimientos médicos "sexo-normalizantes" durante la infancia y la niñez, sin el consentimiento informado de sus destinatarios y, a menudo, sin el de sus padres. Se evidencia la necesidad de contar con el consentimiento de las personas intersex en un contexto de información oral y escrita completa sobre los procedimientos sugeridos, sus razones y alternativas. Nuevamente, se llama a la capacitación y educación de los profesionales del área de la salud sobre diversidad e integridad física, biológica y sexual, y a investigar los procedimientos no consentidos realizados, adoptando las medidas legales correspondientes a fin de entregar soluciones y compensar a las víctimas (OMS, 2015).

Sobre los desafíos del activismo intersex y de quienes lo apoyan, Cabral (2009) menciona: dejar de medicalizar la diversidad corporal y abrirnos a ella, reconocer a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, especialmente, en lo sexual, eliminar las relaciones "necesarias" entre cuerpo e identidad, reconocer que quienes son criticados por el activismo (médicos, abogados, padres que anhelan hijos "normales") viven en el mismo sistema que éste y que el cambio cultural es un trabajo conjunto que parte desde lo propio. Finalmente, en esta misma obra se sostiene la imperiosa necesidad de abordar la intersexualidad en el marco de los derechos sexuales⁸³.

3.8. 2015: Malta, el mayor triunfo en la historia del activismo intersex

Este año marca un antes y un después en la lucha por el respeto a los derechos humanos de las personas intersex pues se presenta una preocupación manifiesta de diversas instituciones

⁸³ Los derechos sexuales entendidos como parte fundamental del derecho a la salud. De acuerdo a Schutt-Aine y Maddaleno (2003) de la Organización Panamericana de la Salud, "la salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual y reproductiva como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual y seguridad sexual, a la privacidad, a la igualdad, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud, entre otros (p. 20).

internacionales, como la OMS, en torno a la temática. El hecho más notable - históricamente hablando - es la aprobación de la primera legislación en el mundo en proteger de manera integral a las personas intersex, especialmente niños, niñas y adolescentes (El Diario, 2015). Se trata de la Ley de Identidad de Género, Expresión de Género y Características Sexuales (GIGESC, sigla en inglés)⁸⁴ de la Isla de Malta aprobada en dicho país el 1 de abril del año en curso y ampliamente celebrada por el activismo intersex alrededor del mundo (ILGA, 2015; OII International, 2015).

La primera novedad y herramienta que trae esta legislación es la definición de un nuevo término: las "características sexuales", que corresponden a "los rasgos dados por los cromosomas, gónadas y anatomía, que incluye características primarias tales como órganos reproductivos o genitales y/o estructuras cromosómicas y hormonas; y características secundarias como masa muscular, distribución de vellos o pelo, pechos y/o estatura" (p. A 344). Además de esta categoría que por sí misma pretende proteger las diferencias biológicas y corporales de las personas intersex, este instrumento reconoce el derecho de toda persona a la identidad de género, al libre desarrollo y trato de acuerdo a ésta (social y registralmente), a la integridad corporal y a la autonomía física. Respecto de estos dos últimos derechos - a partir de su artículo 14 - establece la ilegalidad de las prácticas de asignación sexual en niños cuyas intervenciones puedan ser pospuestas hasta que puedan consentirlas. Este consentimiento deberá ser informado y entregado a través de sus padres o tutores. Así, se declara ilegal la realización de estos tratamientos sin dicha condición, por razones sociales, y determinando que la práctica de estos tratamientos corresponden - a partir de esta norma - a la excepción (a ser estudiada por un equipo interdisciplinario y los padres o tutores del niño incapacitado para consentir).

En el contexto del protocolo de tratamiento, se determina que un Ministro (autoridad responsable de la igualdad) deberá luego de consultarle al Ministro de Salud, designar un grupo de trabajo que estará compuesto por un Presidente y 9 miembros. Dicho Presidente deberá ser un médico con al menos 12 años de experiencia y los miembros deberán ser al menos 3 expertos en derechos humanos, 3 profesionales psicosociales, y 3 expertos médicos. El Ministro deberá designar al grupo dentro de 3 meses desde que esta Ley entre en vigencia y los miembros del grupo de trabajo deberán revisar los protocolos de tratamiento actuales de acuerdo a las mejores prácticas médicas y estándares de derechos humanos

⁸⁴ Publicada en inglés por Transgender Europe (2015). Enlace en lista de referencias.

y deberán, dentro de 1 año de su nombramiento, entregar un informe con recomendaciones sobre los protocolos de tratamientos médicos vigentes. He aquí otras de las razones por las que esta ley es considerada pionera y revolucionaria, ya que reconoce implícitamente que el manejo de los casos intersexualidad no son de exclusividad de la medicina y que se requiere la presencia de expertos en derechos humanos.

La GIGESC además señala que para hacer uso del derecho a la identidad de género no se solicitará ninguna prueba de índole quirúrgica, hormonal, psiquiátrica, psicológica o médica, y que los padres o tutores del menor de edad cuyo género no haya sido declarado en el nacimiento, deberán llenar un formulario en el Registro Civil de dicho país antes de que cumpla 18 años, declarando su género y nombre (en atención a los intereses y capacidades de éste). Con ello, la Corte solicitará el registro del nombre y género del niño, los que serán agregados a su certificado de nacimiento. Finalmente, esta legislación considera primordial atender a las disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño, y pensar siempre en su interés superior.

CAPITULO IV:

“El tratamiento de la intersexualidad desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos”

¿Podemos ser sujetos de los derechos humanos quienes, corporalmente, desmentimos la corporalidad normativa de los seres humanos? (Mauro Cabral, 2005)

4.1. ¿Por qué, en el marco de esta investigación, se decide dedicar un capítulo al Derecho Internacional de los Derechos Humanos?

Tres son las razones que podemos citar para responder a la pregunta precedente.

La primera de ellas dice relación con los principios (3) que rigen la Política Exterior de Chile, dos de los cuales son: 1) el respeto al derecho internacional, y 2) la promoción de la democracia y el respeto a los derechos humanos. De acuerdo a nuestra Cancillería, estos lineamientos "son las orientaciones de mayor jerarquía que guían nuestra política exterior" (Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, s.f., s.p.), y se asevera - respecto del primer principio citado - que el apego irrestricto a los instrumentos jurídicos que rigen las relaciones internacionales es el mejor recurso que tiene nuestro país para "hacer valer sus derechos en el ámbito internacional". Respecto del segundo, se reconoce a los derechos humanos como cualidad inalienable de toda persona, razón por la cual se defiende la necesidad de que sean respetados siempre, y la adhesión chilena a los instrumentos y mecanismos internacionales de protección de éstos, terminando por precisar su complementariedad a los sistemas nacionales y su ejercicio ante la ausencia o ineficacia de recursos locales.

La segunda razón, dice relación con nuestra Carta Fundamental, la que en el marco de su artículo 5° consagra que:

El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes (CPR, 1980, pp. 5-6).

Asimismo, el Programa de Gobierno de Michelle Bachelet, establece como uno de los sustentos de la Nueva Constitución Política "el conjunto de derechos, principios y normas plasmados en el derecho internacional de derechos humanos" (Gobierno de Chile, 2014-2018, p. 30).

Finalmente, la tercera razón y la más atingente en el contexto de este trabajo, corresponde a - lo que quien escribe denomina - una creciente preocupación del sistema universal de derechos humanos en relación a la situación de las personas intersex en Chile, y de la que se hablará más adelante. Con todo, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos es un elemento importante en el Chile del siglo XXI.

4.2. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos

De manera general podemos decir que el Derecho Internacional (en adelante, DI) corresponde al conjunto de normas jurídicas que rigen las relaciones que tienen lugar en la sociedad internacional, sin embargo, como resalta Gauché (2012) debemos tener presente que el DI tiene ciertas limitaciones inherentes a su naturaleza en tanto regula las relaciones de una sociedad internacional que - a diferencia de los Estados - no cuenta con una autoridad con potestad sobre todo el sistema u órganos con la facultad de actuar coercitivamente para exigir su cumplimiento.

Tradicionalmente los actores principales en este ámbito eran los Estados y los organismos internacionales, sin embargo, producto de las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, se asiste a lo que Gauché (2002) denomina una humanización del Derecho Internacional, "naciendo así el llamado Sistema de Derecho Internacional de Protección de los Derechos Humanos" (p. 481), una de cuyas ramas es el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (en adelante, DIDDHH). Desde 1945 entonces, el ser humano pasa a ser considerado como sujeto del derecho internacional, esto es, a tener derechos y deberes (de manera restringida), y a quien además hay que proteger dado el fracaso del ordenamiento nacional e internacional anterior a tal año en dicha tarea (Nash, 2012). Se comienza así a reconocer un valor fundamental en toda persona: la dignidad humana, que debe ser protegida por la comunidad toda, y de aspiraciones o ideales filosóficos, se asiste al nacimiento de pretensiones que buscan proteger a la persona de la violación de sus derechos provenga ésta de particulares o del poder público, y que tienen valor jurídico. Sumado a ello, quien debía ser el garante de protección de los derechos humanos - el Estado - se reconoce, bajo esta nueva concepción y en base a la historia, como quien puede eventualmente vulnerarlos, sentido en el cual el DIDDHH apunta incluso a protegerlos contra el Estado mismo. Hablamos de su rol subsidiario (Gauché, 2002, 2011).

Estos atributos inherentes a toda persona se rigen por cuatro principios fundamentales. En primer lugar, son universales pues refieren a todo ser humano independientemente de su lugar y contexto de origen, principio que se materializa y legitima en el hecho de que "todos los Estados han ratificado al menos uno, y el 80 por ciento de ellos cuatro o más, de los principales tratados de derechos humanos, reflejando así el consentimiento de los Estados para establecer obligaciones jurídicas que se

comprometen a cumplir" (OACNUDH, s.f., s.p.). En segundo lugar, los derechos humanos son inalienables, es decir, inseparables de la persona y no deben suprimirse salvo en casos excepcionales (por ejemplo, la supresión del derecho a libertad por ser condenado a una pena aflictiva). En tercer lugar, son indivisibles e interdependientes, o sea la violación de un derecho constituye la violación de otro así como la protección de uno supone, al mismo tiempo, la protección de otro. Y por último, se aplican a todos en relación con todos los derechos humanos, en otras palabras, son iguales y no discriminatorios (OACNUDH, s.f.).

El progresivo desarrollo y definición del DIDDHH tiene como principales antecedentes la Carta de las Naciones Unidas (1945) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Al día de hoy, este sistema está principalmente conformado por nueve tratados internacionales de derechos humanos y nueve protocolos facultativos, cuya efectividad depende de la manifestación voluntaria de los Estados en obligarse jurídicamente por dichos instrumentos - a través de la firma y ratificación - y de su cumplimiento, el que será supervisado por nueve "órganos de tratado" (compuestos por expertos independientes), que vigilarán la (correcta) aplicación de éstos. Es dable afirmar que el principal mecanismo a través del cual dichos comités de vigilancia llevan a cabo su labor corresponde al examen de los informes periódicos que los Estados les presentan (OACNUDH, 2014). Una última precisión respecto del alcance de estas obligaciones, y a la cual se adscribe en este trabajo, es entregada por Gauché (2011): "Parece un hecho aceptado en la doctrina y jurisprudencia internacional que las obligaciones que forman el DIDDHH son para los Estados no sólo estrictamente bi o multilaterales sino que son obligaciones que afectan a toda la comunidad internacional" (p. 20).

A continuación un cuadro resumen de los principales instrumentos del Sistema Universal:

Tratado Internacional de DDHH	Adopción	Chile
1. Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (CERD)	1965	Ratificado
2. Pacto internacional de derechos civiles y políticos (CCPR)	1966	Ratificado

▪ Protocolo facultativo del CCPR	1966	No Ratificado
▪ Segundo Protocolo facultativo del CCPR, destinado a abolir la pena de muerte	1989	Ratificado
3. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (CESCR)	1966	Ratificado
▪ Protocolo facultativo del CESCR	2008	Solo firma
4. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	1979	Ratificado
▪ Protocolo facultativo de la CEDAW	1999	Solo firma
5. Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (CAT)	1984	Ratificado
▪ Protocolo facultativo del CAT	2002	Ratificado
6. Convención sobre los derechos del niño (CRC)	1989	Ratificado
▪ Protocolo facultativo de la CRC relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	2000	Ratificado
▪ Protocolo facultativo de la CRC relativo a la participación de niños en los conflictos armados	2000	Ratificado
▪ Protocolo facultativo de la CRC relativo a un procedimiento de comunicaciones	2011	Sólo firma
7. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de su familiares (CMW)	1990	Ratificado
8. Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (CED)	2006	Ratificado
9. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CPD)	2006	Ratificado
▪ Protocolo facultativo del CPD	2006	Ratificado

Tabla 3: Los nueve principales tratados internacionales de DDHH y su estatus en Chile. Fuente: OACNUDH (2015) Elaboración propia. Enlace en lista de referencias.

Como bien apunta Gauché (2011) las normas e instituciones del sistema internacional de protección de los derechos humanos se han ido desarrollando en el Sistema Universal al alero de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), parte del cual se resume en el cuadro anterior, mientras que en los Sistemas Regionales, ha sido al amparo del Consejo de Europa (CdeE), de la Organización de Estados Americanos (OEA) y de la Unión Africana (UA). No obstante la existencia e importancia también de éstos

últimos - a algunos de los cuales se hará mención más adelante - se considera, en este trabajo exploratorio, principalmente al Sistema Universal, pues la mayor parte de la preocupación respecto de las personas intersex del DIDDHH ha emanado de éste. Para ser más precisos aún, recordando que a lo largo de la investigación se ha manifestado una preocupación particular por los niños intersex (especialmente recién nacidos) - y sin perjuicio de que los demás instrumentos internacionales de derechos humanos al hablar de "persona" refieren también a los niños - la Convención sobre los Derechos del Niño deviene un elemento fundamental de nuestro análisis, por ser el tratado internacional de derechos humanos más específico en lo que a infancia respecta y por gozar de enorme legitimidad internacional al ser el instrumento de protección de derechos humanos con más ratificaciones al día de hoy, a saber, son 195 los países que han manifestado su voluntad en obligarse a cumplir con éste (OACNUDH, 2015).

4.3. Hacia un marco de protección de las personas intersex, en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". He aquí el primer artículo de la piedra angular del DIDDHH, la Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, DUDDHH), que si bien no tiene fuerza vinculante como los tratados que la sucederán, sirve como orientación de lo que sería el desarrollo del sistema internacional de protección de los derechos humanos hasta nuestros días. Ésta establece, además, que toda persona es titular de los derechos y libertades en ella proclamados sin ninguna distinción como el sexo (art. 2), y se consagran también los derechos de toda persona a: la vida, la libertad y la seguridad (art. 3), la prohibición de la tortura y toda pena o trato cruel, inhumano o degradante (art. 5), al reconocimiento de la personalidad jurídica (art. 6), la igualdad de protección ante la ley (art. 7), un recurso jurídico en tribunales nacionales en amparo ante una violación de los DD.HH. reconocidos por la constitución o la ley del país en cuestión (art. 8), ser oída pública y justamente en los tribunales (art. 10), no ser objeto de intromisión en su vida privada o su familia (art. 12), la libertad de pensamiento y conciencia (art. 18), la salud y el bienestar, reconociendo desde ya que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales (art. 25), y a un orden social e internacional en donde se asegure la efectividad de todos éstos (art. 28).

Ahora, dando inicio al marco vinculante, veremos como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos o PIDCP (1966), reitera - como ya dispusiese la Declaración - el deber de los Estados de respetar y garantizar los derechos (en él dispuestos) de las personas sin distinción alguna de "sexo [...], nacimiento o cualquier otra condición social" (art. 2) y la igualdad de hombres y mujeres en el goce de éstos (art. 3). En tanto, el artículo 7 determina que "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos". Posteriormente, el artículo 16 consagra el derecho a la personalidad jurídica esbozado ya en la DUDDHH, el 17 protege a las personas de cualquier injerencia arbitraria o ilegal en su vida privada o su familia y el 18 reconoce la libertad de pensamiento y conciencia. Respecto de los niños, se afirma el derecho de todos éstos "a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado" (art. 24).

A continuación, hay que agregar un elemento de vital importancia en este contexto, proveniente del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o PIDESC (1966) que es el reconocimiento del "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (art. 12) comprometiendo a los Estados - en su letra a - a adoptar las medidas que sean necesarias para "el sano desarrollo de los niños". Pero esa no es la única disposición de este instrumento sobre los niños, pues en su artículo 10 ordena el establecimiento de las medidas de protección y asistencia necesarias de todo niño y adolescente "sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición".

Más de una década después, se adopta la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) instrumento cuyo principal objetivo es propugnar y defender la igualdad de la mujer respecto del hombre, en otras palabras, la igualdad humana, y en distintas esferas como la política, económica, social, cultural, entre otras (arts. 1-5, 8-16), siendo la salud una de las primordiales (arts. 10-11). A los cinco años de esta adopción, nace el primer instrumento vinculante del sistema universal en definir de manera clara la tortura (esbozada ya en la DUDDHH y el PIDCP), estamos hablando de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984). Dicha definición se encuentra en su artículo primero y puntualiza que la tortura es:

Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, [...] por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando

dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia (art. 1).

En este contexto, los Estados ratificantes quedan obligados a tomar todas las medidas necesarias para evitar estos actos (art. 2) además de su inclusión en los códigos penales (art. 4). Pero en consideración de lo recién expuesto, ¿será posible discutir los abusos a las personas intersex bajo el alero de esta definición? Como veremos más adelante en este capítulo, la práctica - desde el Sistema Universal - prueba que sí.

El último instrumento al que haremos mención en esta parte fue adoptado hace menos de diez años y corresponde a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). En principio, pudiera parecer contradictorio citar este instrumento pues al momento definir la intersexualidad (en el capítulo 1 de este trabajo) se aclaró que ésta no corresponde *per se* a una enfermedad, discapacidad y/o condición médica de ningún tipo, sin embargo hay tres razones de peso para mencionarlo. La primera de ellas es que como se analizará unos títulos más adelante, el Comité que vigila el cumplimiento de esta Convención es uno de los órganos de tratado que ha hecho alusión explícita a las personas intersex, con especial énfasis en los niños. En tanto, el segundo motivo - y el más importante - dice relación con los abusos (y las razones detrás de éstos) de los que son objeto algunas personas con discapacidad en gran parte del mundo, y que en oportunidades son bastante similares a los sufridos por los niños intersex. Un buen ejemplo de ello es la esterilización forzada o involuntaria, practicada en general, en un contexto en que el destinatario de este "tratamiento" no está en condiciones de negar su consentimiento por no contar con las capacidades mentales, físicas y/o intelectuales para hacerlo (en el caso de algunas personas con discapacidad) o por estar en una edad en la que ni siquiera aprende a hablar, lo que indudablemente impide expresar cualquier opinión a este respecto (en el caso de los niños intersex). Por su parte, el tercer motivo corresponde a un desafío que quien escribe considera común a las personas con discapacidad y a las personas intersex: este es lograr la aceptación y el respeto plenos de las diferencias como una de las múltiples e infinitas manifestaciones de la diversidad natural del ser humano (así como el color de piel, el pelo, los ojos, etc.). Aclarado esto, rescataremos algunos elementos de esta Convención.

En su primer artículo se define el propósito de "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente", y luego de definir lo que se entiende por discapacidad se remarca que éstas condiciones pueden impedir la plena y efectiva participación de estas personas en la sociedad en condiciones de igualdad respecto del resto. Aquí se evidencia una gran similitud con la situación de las personas intersex, quienes reciben un trato desigual respecto del resto, ya que producto de sus diferencias o variaciones corporales no se les permite decidir sobre la modificación quirúrgico-hormonal como lo podría hacer - llegada a la adolescencia, juventud o adultez - una persona no intersex. Simplemente se toma una decisión por ellas. En esta misma línea, podemos ver que algunos de los principios generales enunciados en el artículo 3 de esta Convención son aplicables a las personas intersex, a saber, "el respeto a la dignidad inherente, la **autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones**, y la independencia de las personas" (letra a), "la no discriminación" (letra b), "la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad" (letra c), "**el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas**" (letra d), "la igualdad de oportunidades" (letra e), "**el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad**" (letra h).

Al igual que los instrumentos citados con anterioridad, el presente reproduce el lenguaje de la igualdad y no discriminación (art. 5) con especial énfasis en las mujeres con discapacidad, quienes usualmente son objeto de "múltiples formas de discriminación" (art. 6) y en los niños, cuya protección requiere la consideración primordial de su interés superior (art. 7). Nuevamente, emergen puntos en común con la causa intersex, ya que el artículo 8 titulado "toma de conciencia" llama a: sensibilizar a la sociedad respecto de este tema, "**luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad**", promover percepciones positivas y más conciencia social sobre estas personas, fomentar en toda la educación - desde la temprana infancia - "una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad", entre otras campañas y programas de sensibilización.

Asimismo se consagra el derecho a la vida (art. 10), la igualdad ante la ley (art. 12), la "libertad y seguridad de la persona" (art. 14), la "protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles,

inhumanos o degradantes", contexto en el cual se agrega que: **"nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento libre e informado"** (art. 15), la protección contra la violencia y el abuso (art. 16), "la protección de la integridad personal", marco en el que se indica que **"toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás"** (art. 17), **la libertad de expresión, opinión y acceso a la información** (art. 21), la protección de la privacidad, especialmente "de la información personal y relativa a la salud" (art. 22), y que: **"las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás"**, lo que involucra, entre otros, decidir con libertad la cantidad de hijos que quieren tener (art. 23). En clara unión a las últimas ideas, se recoge el **derecho al goce del nivel más elevado de salud posible y sin discriminación por sus condiciones particulares**, mencionándose como parte de éste la salud sexual y reproductiva y la consideración del **consentimiento libre e informado como base de las prestaciones de salud** (art. 25). Finalmente, se llama a los Estados a recopilar datos y estadísticas alusivos a este tema, que les permitan una adecuada formulación y aplicación de políticas que contribuyan a cumplir con las disposiciones de la Convención (art. 31).

Las afirmaciones que dieron inicio a este repaso por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad han quedado en evidencia durante el desarrollo de éste, dado que si reemplazamos las palabras "con discapacidad" por "intersex" - especialmente en las frases con negritas añadidas - vislumbraremos que la aplicabilidad de este instrumento al contexto de la intersexualidad es efectivo. ¡Cuán útil sería poder asegurar, como lo hace el artículo 3 de esta Convención: "el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas [... intersex] como parte de la diversidad y la condición humanas"!

Para finalizar se destaca que un elemento común en todos los instrumentos precedentes (incluyendo la Convención de los Derechos del Niño que veremos en el próximo punto) - sea en sus preámbulos o en sus cuerpos - es que reconocen como su fundamento el reconocimiento de la dignidad inherente a todo ser humano y que da origen a todo este sistema de protección de derechos.

4.3.1. La Convención sobre los Derechos del Niño

En 1989, se adopta el tratado internacional de derechos humanos más ratificado de la historia, la Convención sobre los Derechos del Niño. Como ya se ha recogido en la primera parte de este trabajo, la Convención entiende por niño a toda persona menor de dieciocho años de edad (art. 1), reiterándose nuevamente que frente al acceso a los derechos establecidos en este instrumento no se hará distinción por motivos de ninguna índole tales como sexo, nacimiento "o cualquier otra condición del niño" y que habrá de tomarse todas las medidas necesarias para protegerlo de toda discriminación (art. 2). El párrafo primero del artículo 3 establece un principio fundamental: el interés superior del niño, y que deberá ser tomado como consideración primordial en toda medida que afecte a los niños.

A efectos de asegurar el cumplimiento de las disposiciones de este instrumento, se llama a adoptar todas las medidas necesarias, destacando que: "en lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional" (art. 4). Recordemos que uno de esos derechos es la salud y su disfrute más alto. Por otro lado, este instrumento hace mención al derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del niño (art. 6), al respeto a su identidad (art. 8) y a otro principio fundamental en el contexto de este trabajo, pues se consagra el derecho a la participación; esto es, "el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño" la que se ordena tener debidamente en cuenta, en función de su edad y madurez, añadiendo que para cumplir este propósito es una prioridad dar al niño la oportunidad de ser oído (directamente o por medio de un representante u órgano especializado) en todo procedimiento judicial o administrativo que lo afecte (art. 12). Estas últimas especificidades no son más que un reflejo de la autonomía progresiva que fuera anunciada en el artículo 5 de la Convención. Todavía más, la importancia del derecho a la participación del niño se resalta en varios otros artículos referidos a la libertad de expresión (art. 13), la libertad de pensamiento (art. 14), la libertad de asociación y reunión (art. 15), la protección contra injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada (art. 16) y el acceso a la información (art. 17).

Respecto de los padres (o representantes legales) y su deber de criar y velar por el desarrollo del niño, se establece que deberán hacerlo atendiendo fundamentalmente al interés superior de la criatura (art. 18), y que los Estados adoptarán toda medida legislativa, administrativa, social y educativa apropiada

en pos de la protección del niño contra "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" (art. 19).

Más adelante, el artículo 24 consagra el derecho del niño "al disfrute del más alto nivel posible de salud", estipulando en su párrafo 3 que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños", y ante la eventualidad de estar siendo sometido a tratamientos de salud, se reconoce el derecho del niño a un examen periódico de éstos (art. 25), y también el derecho de acceso a la seguridad social (art. 26). En concordancia con ello, se considera su derecho a "un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental [...], moral y social" (art. 27), el deber de velar para que "ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" (art. 37, letra a), y para finalizar se establece el compromiso de dar a conocer todos los principios y disposiciones de este instrumento vía medios eficaces y apropiados a niños y adultos (art. 42).

Hasta aquí, estamos en presencia de elementos vinculantes que Chile - al ser país ratificante de la Convención - debe cumplir, pero junto con ello hallamos otra herramienta que corresponde a las observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño, órgano compuesto por expertos independientes cuya labor consiste en supervisar la aplicación del tratado en cuestión y entregar recomendaciones al Estado en el contexto de la presentación de informes. Si bien no tienen el mismo valor jurídico que el instrumento que les da vida, en tanto componentes del llamado *soft law* (que definiremos con posterioridad) están estrechamente ligados a él y poseen fundamental importancia ya que especifican con mucha mayor precisión sus alcances y disposiciones. Se ha decidido usar algunas de ellas antes de entregar la definición misma de *soft law*, para dar una adecuada continuidad al análisis. A continuación, las observaciones que se han estimado más pertinentes.

4.3.1.1. Observación general n° 7, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia (2005)

Esta observación surge como producto de la poca información sobre la primera infancia entregada por los Estados Partes (en adelante EP), lo que generó preocupaciones al interior del Comité, que

consideró necesario estudiar las repercusiones de la Convención en la vida de los niños pequeños. Esto guarda relación con la prácticamente nula información disponible sobre los niños intersex en Chile y con las recomendaciones que formularemos en la última parte de este trabajo.

El Comité propone una definición de primera infancia que incluye a todos los niños pequeños, esto es, desde el nacimiento hasta los ocho años de edad y la primera aclaración hacia los EP es que todos los niños pequeños son titulares de todos los derechos de la Convención en consideración de su progresiva autonomía. Por tanto, se llama a su aplicación "de forma holística en la primera infancia, teniendo en cuenta los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos" (párr. 3). El llamado es a dejar de considerar a la primera infancia como un "período de socialización de un ser humano inmaduro, en el que se le encamina hacia la condición de adulto maduro. La Convención exige que los niños, en particular los niños muy pequeños, sean respetados como personas por derecho propio" (párr. 5). Se reconoce además la especial atención que requiere la primera infancia, etapa de crecimiento, cambio, creación de vínculos, establecimiento de relaciones, aprendizaje progresivo, *inter alia*, que son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad y desarrollo de aptitudes (párr. 6). Un niño protegido adecuadamente, será un adulto sano.

Resulta destacable que en el marco de las especificaciones sobre el derecho a la no discriminación (uno de los principios rectores de la Convención), se condena la mutilación genital femenina, entre otros, apuntándola como una práctica discriminatoria y que afecta la supervivencia y la vida completa de las afectadas (párr. 11, letra b). Por otro lado, se indica que la corta edad de algunos niños los hace dependientes de personas que toman decisiones que afectan su bienestar ante las cuales debe estar siempre presente el interés superior de niño y se refuerza la orden de que cada vez que los niños estén en condiciones de expresar sus opiniones y sentimientos se les oiga y respete. Se aclara que lo último ha sido ignorando con frecuencia, pero que:

Los niños pequeños son extremadamente sensibles a su entorno y adquieren con rapidez comprensión de las personas, lugares y rutinas que forman parte de sus vidas, además de conciencia de su propia y única identidad. Pueden hacer elecciones y comunicar sus sentimientos, ideas y deseos de múltiples formas, mucho antes de que puedan comunicarse mediante las convenciones del lenguaje hablado o escrito (párr. 14).

Por último destacaremos que el otorgamiento de responsabilidad sobre los niños del que son titulares los padres o tutores, está supeditado a su actuación conforme al interés superior del aludido.

4.3.1.2. Observación general n° 12, sobre el derecho del niño a ser escuchado (2009)

Con anterioridad se ha señalado que la discriminación en la primera infancia tiene consecuencias devastadoras durante toda la vida, y muchas veces ésta ocurre por no oír al niño (como ocurre en los casos intersex). Gran parte de esta observación está destinada al análisis del artículo 12 de la Convención, que consagra el derecho del niño a la participación (otro valor fundamental de la Convención) y se señala a modo introductorio que es un artículo sin precedentes en un tratado de derechos humanos, enmarcado en el debate sobre alguien que no goza de plena autonomía como un adulto, pero que es un sujeto de derechos.

Se debe alentar que los niños se formen libremente sus opiniones, ofrecerles un entorno que les permita expresarlas (si así lo desean) y ser consideradas a la hora formular políticas, leyes, etc., como punto de partida y no como un "acto momentáneo" (párr. 13). Al hablar de "garantizar" este derecho no se admite discreción estatal, y los EP no pueden tener por premisa la incapacidad de expresión de opiniones de un niño pequeño, sino que deben esforzarse por evaluarla, y por lo demás "no corresponde al niño probar primero que tiene esa capacidad" (párr. 20). Junto con esto se desaconseja a los EP a que establezcan límites etarios para escuchar a un niño, dado que diversos estudios han probado que el que una criatura no sea capaz de expresar verbalmente su opinión, no significa que no la tenga, es por ello que debe atenderse también a otros elementos como los dibujos, la pintura y la expresión facial y corporal. Estos prueban su capacidad para entender y dan cuenta tempranamente de sus preferencias (párr. 21).

Por otra parte, el expresar la opinión libremente supone que no haya presiones de ningún tipo, y para hacerlo con claridad es indispensable que se respete su derecho a la información (párr. 25), que - literalmente hablando - sea escuchado en todo lo que lo afecte y que esa escucha sea considerada con seriedad cuando el niño posea un juicio propio. Sobre lo último se establece que la comprensión de los niños no está ligada uniformemente con su edad y que elementos como la experiencia, la información, el entorno y otros, contribuyen a que el niño se vaya formando una opinión. Cada caso es único, y debe ser examinado como tal.

Finalmente, se entregan dos frases vitales: "cuanto mayores sean los efectos del resultado en la vida del niño, más importante será la correcta evaluación de la madurez de ese niño" (párr. 30), y sobre la atención en salud: "se debe incluir a los niños, incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades. Se les debe suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados" (párr. 100). Estas disposiciones no pueden perderse de vista si se quiere proteger a las personas intersex, ya que su tratamiento - como ha quedado en evidencia - tiene efectos gravísimos y por tanto trascendentales en sus vidas. La falta de espera y escucha, deviene una fuente de violencia.

4.3.1.3. Observación general n° 13, sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (2011)

Entre las primeras consideraciones de este documento, se destaca la constatación de que la inexistencia de violencia contribuye a la realización de la personalidad del niño y a su buen desarrollo, mientras que su existencia pone gravemente en peligro la supervivencia y desarrollo del niño (en lo físico, mental, moral, social, etc.) y lo afectan a largo plazo. Los costos trascienden, por lo demás, la barrera de la esfera personal del niño. El Comité es enfático y categórico al señalar que condena toda forma de violencia "por leve que sea [...] la frecuencia, la gravedad del daño y la intención de causar daño no son requisitos previos de las definiciones de violencia" (párr. 17). Algunas formas de violencia reconocidas por el Comité son la esterilización forzada, "la violencia infligida bajo la apariencia de tratamiento médico" (párr. 23), la mutilación genital femenina y las amputaciones (párr. 29).

La violencia se ejerce también, cuando se actúa o ejercen responsabilidades "sin tener en cuenta el interés superior, las opiniones o los objetivos de desarrollo del niño" (párr. 32). Y para contribuir a su término, se debe privilegiar un paradigma de niños (en definitiva, personas) titulares de derechos inalienables y no objetos a quienes se les presta asistencia, conjuntamente con una mirada holística que ponga énfasis en los recursos y puntos fuertes del mismo niño (párr. 59). Entre las últimas consideraciones importantes tenemos que: "lo que a juicio de un adulto es el interés superior del niño no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del niño enunciados en la Convención", lo que sin lugar a dudas es un imperativo a la hora de evaluar la posibilidad de un consentimiento

informado entregado por los padres de niños intersex o de una decisión meramente médica basada en lo que los profesionales creen mejor para la vida del niño.

4.3.1.4. Observación general n° 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (2013)

Ante la recurrente alusión al interés superior del niño (en adelante, ISN), es que el análisis de la observación general n° 14 del Comité es un imperativo. Éste órgano determina que el propósito de este concepto es "garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño", entendiendo por holístico, lo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social (párr. 4). Se reitera lo que ya indicaba la observación n° 13, el juicio de los adultos sobre lo que constituye o no el ISN, está por debajo de la obligación de respetar todos los derechos establecidos en la Convención, entre los que no hay una jerarquía. Por tanto, ISN equivale al pleno goce de todos estos derechos. El Comité asevera que el ISN es un concepto triple: un derecho sustantivo, o sea la evaluación del ISN en tanto consideración primordial a tener en cuenta al ponderar diversos intereses para decidir acerca de cualquier cuestión en debate (citemos por ejemplo el tratamiento quirúrgico a un niño nacido con un pene de tamaño inferior a la "regla" médica); un principio jurídico interpretativo fundamental, es decir, la interpretación de la disposición jurídica más satisfactoria para el ISN; y una norma de procedimiento, esto es, sopesar en cada proceso de toma de decisiones que vayan a afectar a un niño, los efectos positivos y negativos de éstas.

La Convención establece continuamente la obligación de adoptar todas las medidas de protección de los niños y el Comité nos aclara que por "medidas" no sólo se refiere a acciones de diversa índole, sino también a las omisiones, a la pasividad o inactividad, a consecuencia de las cuales un niño puede verse perjudicado. La palabra "todas", por su parte, es absoluta, puesto que el ISN debe primar en todo asunto que afecte o concierna a los niños individual o grupalmente. Empero, esto no implica "que en una decisión relativa a un niño en particular, se deba entender que sus intereses son los mismos que los de los niños en general", cada caso debe ser evaluado en lo particular (párr. 24; párr. 32). Además, cuando se habla de instituciones, se apunta a toda institución cuyas decisiones repercutan en los niños y sus derechos, así como las relacionadas con la salud (párr. 26), alcance que también impregna al término

"autoridades administrativas" de la Convención, en el que se cuenta a quienes deciden en áreas como la salud (párr. 30).

Sumado a ello, se concibe el ISN como un concepto flexible o adaptable a la situación específica de cada niño (párr. 34) y se aclara que la "consideración primordial" del ISN está por sobre otras consideraciones ya que en razón de su corta edad y - en ocasiones - carencia de voz, "los niños tienen menos posibilidades que los adultos de defender con fuerza sus propios intereses, y las personas que intervienen en las decisiones que les afectan deben tener en cuenta explícitamente sus intereses. Si los intereses del niño no se ponen de relieve, se suelen descuidar" (párr. 37). Tal es el caso especial de los bebés nacidos con genitales diagnosticados "ambiguos" (o intersexualidad visible al nacer), ya que la mayoría de las veces, intereses como la capacidad futura de disfrutar de relaciones sexuales placenteras o de procrear, se descuidan en aras de llevarse a casa un bebé con genitales cosméticamente "aceptables".

En relación con otros principios fundamentales de la Convención se citan: el derecho a la no discriminación, para aclarar que no constituye una obligación pasiva de prohibición sino que exige acción, o sea, adelantarse y tomar medidas para garantizar la igualdad (párr. 41); el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, que implica la creación de entornos respetuosos de la dignidad y que garanticen el desarrollo holístico de todo niño (párr. 42); el derecho a ser escuchado, entendiéndolo como complementario al ISN, pese a lo cual:

"Cuando estén en juego el interés superior del niño y su derecho a ser escuchado, debe tenerse en cuenta la evolución de las facultades del niño [...] cuantas más cosas sepa, haya experimentado y comprenda el niño, más deben los padres, tutores u otras personas legalmente responsables del niño transformar la dirección y orientación en recordatorios y consejos y, más adelante, en un intercambio en pie de igualdad" (párr. 44).

El Comité defiende categóricamente la igualdad de derechos entre los bebés y los demás niños - pese a que los primeros no puedan manifestar su opinión - en particular en lo concerniente al ISN. En este sentido, para evaluarlo y determinarlo es menester tener en cuenta la opinión del niño aunque sea muy pequeño, así como su identidad, marco en el cual se destaca lo que sigue:

Los niños no son un grupo homogéneo, por lo que debe tenerse en cuenta la diversidad al evaluar su interés superior. La identidad del niño abarca características como el sexo, la orientación sexual, [...] y la personalidad. Aunque los niños y los jóvenes comparten las necesidades universales básicas, la expresión de esas necesidades depende de una amplia gama de aspectos personales, físicos, sociales y culturales, incluida la evolución de sus facultades. El derecho del niño a preservar su identidad está garantizado por la Convención (art. 8) y debe ser respetado y tenido en cuenta al evaluar el interés superior del niño (párr. 55).

Por añadidura, tenemos que la cultura no es una justificación para la perpetuación de tradiciones que entorpecen el disfrute de los derechos de la Convención (párr. 57). Otra dimensión es el cuidado, protección y seguridad del niño, fundamental al estudiar el ISN pero interpretándola en relación a la idea de bienestar del niño (párr. 71) y de protección de toda forma de abuso mental o físico (párr. 73). En lo que a vulnerabilidad respecta, los tomadores de decisiones que afecten la vida del niño deben evaluar el grado de vulnerabilidad del niño ya que cada situación de vida es única (párr. 76). Y para finalizar, se instruye que la salud es una dimensión crucial en la evaluación del ISN, al tiempo que el Comité nos entrega una herramienta fundamental que parece completamente extrapolable a la realidad intersex:

Si hay más de una posibilidad para tratar una enfermedad o si el resultado de un tratamiento es incierto, se deben sopesar las ventajas de todos los tratamientos posibles frente a todos los posibles riesgos y efectos secundarios, y también debe tenerse en cuenta debidamente la opinión del niño en función de su edad y madurez. En este sentido, se debe proporcionar al niño información adecuada y apropiada para que entienda la situación y todos los aspectos pertinentes en relación con sus intereses, y permitirle, cuando sea posible, dar su consentimiento fundamentado (párr. 77).

4.3.1.5. Observación general n° 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013)

No nos detendremos mucho en este punto, puesto que gran parte de la información de esta observación es un reflejo de las anteriores. Pero subrayaremos que - según lo dispuesto en esta observación - en razón de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño, la salud contribuye al alcance de los demás derechos y viceversa (párr. 7), se reafirma que ninguna condición del niño puede vulnerar su derecho a la salud (párr. 8), en el marco del ISN, se exhorta a la entrega de

información adecuada a los niños (párr. 15), para luego ser escuchados, es decir, participar en los temas referentes a su salud (párr. 19). Y como punto final, volvemos al inicio ya que como ya se vislumbraba en la primera Observación que hemos analizado, las fases de la vida de un niño son acumulativas, generando así repercusiones hacia el futuro (párr. 20), situación que vemos materializada en el tratamiento a los intersexuales. Las repercusiones negativas son evidentes incluso en aquellos adultos intersexuales que no saben que lo son, ni que fueron sometidos a intervenciones en la temprana infancia.

Hasta aquí no encontramos alusión alguna a la situación de las personas intersex, sin embargo, se estima que se han presentado elementos que pueden coadyuvar a la elaboración de un estándar de protección, en consideración de las dificultades más graves que éstas enfrentan. ¿Será necesario crear nuevos (o especiales) derechos para aquellas personas que no se nombran específicamente en el DIDDHH? La ex-Comisionada Pillay despeja esta duda: "solo es necesario que se cumpla la garantía aplicable universalmente de no discriminación en el goce de todos los derechos" (OACNUDH, 2012, p. 9).

4.3.2. El concepto de *soft law*

Recordando que el Derecho Internacional tiene ciertas limitaciones inherentes a su naturaleza en tanto regula las relaciones de una sociedad internacional que - a diferencia de los Estados - no cuenta con una autoridad con potestad sobre todo el sistema u órganos con la facultad de actuar coercitivamente para exigir su cumplimiento, resulta útil revisar las reflexiones de Gauché (2011) a este respecto, pues al concebir el derecho como un conjunto de normas que determinan el comportamiento que debemos tener, esto implica la necesidad de conocer bien la sociedad que será regulada por ese derecho a efectos de normar el "deber ser" de ésta de manera adecuada, es decir, en aras del bien común. Así, en el DI ocurre lo mismo y para ello es fundamental influenciar el comportamiento estatal, el de las organizaciones internacionales y del ser humano.

Gauché aboga por una mirada amplia y abierta al DI, que no sólo se enmarque en lo estrictamente normativo, como una forma de acortar la brecha entre la realidad y avances sociales y la regulación de la sociedad. Si bien éste se enmarca básicamente en los tratados internacionales, y su fuerza depende de la voluntad estatal en obligarse o no por ellos - lo que la autora llama "quantum de juridicidad" - existen también otros elementos como: actas, directrices, códigos de conducta, consensos, principios,

declaraciones, entre otros, que constituyen lo que se denomina *soft law* y que si bien no tienen la misma fuerza vinculante que los tratados por las razones esgrimidas con anterioridad, tienen cierta influencia y pueden sentar la bases de futuras obligaciones en la medida que los Estados comprendan que algunos de estos instrumentos dan cuenta de realidades que no han tenido en consideración y que requieren ser atendidas.

De hecho, gran parte del progresivo avance y desarrollo del DIDDHH ha tenido lugar gracias a la acción de la sociedad civil, que ha luchado por influir, provocar cambios, denunciar situaciones específicas de DDHH al Sistema, mayoritariamente a través del contacto con los mecanismos de derechos humanos de Naciones Unidas que así lo permiten (envío de informes, comunicaciones personales, entre otros). Representando no una amenaza sino una oportunidad de enriquecimiento del DIDDHH y del Sistema al informarle, cómo es la sociedad hoy, qué necesidades tiene y qué demanda de su actuar.

Dicho esto, pasamos a revisar un cuadro que pretende agrupar de manera sintética los mecanismos de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, clasificándolos al mismo tiempo de acuerdo a su origen:

MECANISMOS DE DERECHOS HUMANOS DE NACIONES UNIDAS	
Basados en la Carta de las Naciones Unidas	Creados en virtud de tratados
<p>Consejo de Derechos Humanos (sustituye a la Comisión de DDHH en 2006): órgano intergubernamental de discusión entre cuyas funciones está desarrollar el DIDDHH</p>	<p>Comité de Derechos Humanos (CCPR) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)</p>

<p>Examen Periódico Universal, EPU (creado en 2006 por la misma resolución que establece el Consejo): revisa el cumplimiento de las obligaciones y compromisos en DDHH de los Estados Miembros de la Naciones Unidas</p>	<p>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Comité contra la Tortura (CAT + Subcomité, OPCAT) Comité de los Derechos del Niño (CRC)</p>
<p>Procedimientos Especiales (establecidos por la antigua Comisión de DDHH): relatores o expertos independientes, o grupos de trabajo, que abordan la situación particular de países o cuestiones temáticas. Ej. Relator especial sobre el derecho a la salud o sobre tortura</p>	<p>Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW) Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) Comité sobre la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (CED)</p>

Tabla 4: Mecanismos de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Fuente: ACNUDH (2011). Elaboración propia.

4.3.2.1. ¿Qué ha dicho el Sistema Universal de Derechos Humanos sobre las personas intersex?

Se anunció en puntos anteriores. Las pocas menciones explícitas a la situación de las personas intersex han emanado - en su mayoría - del Sistema Universal de Derechos Humanos, principalmente de órganos de tratados, y son bastante recientes. La primera a mencionar proviene de las Observaciones finales del Comité contra la Tortura sobre el quinto informe periódico de Alemania (CAT, 2011, párr. 20), en las que dicho órgano dedica un título especial a este tema, llamado "Personas intersexuales". El Comité se refiere en términos de "prácticas de alteración quirúrgica sistemática de los niños nacidos con órganos sexuales que no se pueden clasificar de masculinos o femeninos", es decir, intersex, y manifiesta especial preocupación por la falta de investigación y de medidas reparatorias a los casos de gonadectomías, de tratamientos quirúrgicos en "órganos reproductivos" y de tratamientos hormonales de por vida. Todas, sin mediar un consentimiento "efectivo e informado" de los niños o sus tutores.

Es por ello que el Comité entrega cuatro recomendaciones: 1) asegurar el consentimiento informado de las personas intersex ante estos tratamientos, supeditándolo al manejo de información completa sobre éstos tanto verbal como escrita, su justificación y la existencia de tratamientos alternativos, 2) investigar

todos aquellos casos en donde no haya existido un consentimiento informado y emprender acciones legales tendientes a reparar a las víctimas, incluyendo indemnizaciones adecuadas, 3) capacitar al personal médico y psicológico en temas de diversidad sexual, biológica y física, y 4) informar a pacientes y padres sobre los efectos de las intervenciones quirúrgicas innecesarias y otros tratamientos médicos a las personas intersex.

Es destacable la mención al consentimiento informado, al proceder médico "sistemático" sobre las personas intersex, y a las necesidades de capacitar a quienes trabajan en los servicios de salud y de emprender acciones legales a este respecto, no obstante lo cual, emergen dos consideraciones primordiales que no hay que perder de vista. La primera de ellas es que se trata este tema de forma tan clara en el marco de un Comité que se especializa en la tortura, lo que en cierta forma afirma que los abusos de los que son objeto las personas intersex pueden ser así considerados, o por lo menos, como un trato cruel, inhumano o degradante, y la segunda, es que se reconozcan de forma explícita la diversidad sexual, junto a la biológica y física, y la necesidad de educar y formar sobre ellas. Esta última consideración tiene el poder de resumir prácticamente toda la lucha del activismo intersex.

Ahora, es el turno de las Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño, sobre los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Suiza (CRC, 2015), documento en el cual se menciona a las personas intersex bajo dos títulos. El primero referido a la "no discriminación" y en donde se sólo se nombra de paso a las personas intersex, manifestando preocupación sobre las "expresiones de odio" en contra suya y de la población LGBT, enfatizando las repercusiones sobre los niños que forman parte de estas categorías (párr. 24), mientras que el segundo alude a las "prácticas nocivas". Sobre esto, el Comité celebra la disposición del derecho penal suizo que prohíbe la mutilación genital, pese a lo cual manifiesta profunda preocupación sobre "el número significativo de niñas que han sufrido o corren el riesgo de sufrir mutilación genital" (párr. 42, letra a) en dicho Estado y sobre "las intervenciones quirúrgicas u otro tipo de procedimientos innecesarios desde el punto de vista médico a que han sido sometidos niños intersexuales sin su consentimiento informado, que a menudo conllevan consecuencias irreversibles y pueden provocar un sufrimiento físico y psicológico agudo, y la falta de reparación en esos casos" (párr. 42, letra b).

En base a estas consideraciones el Comité recomienda que "ninguna persona sea sometida a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos innecesarios en la infancia o la niñez, garantice la integridad corporal, la autonomía y la libre determinación de estos niños, y proporcione a las familias con niños intersexuales un asesoramiento y apoyo adecuados" (p. 10). Pese a que este documento no cita en ninguna parte las observaciones hechas hace cuatro años por el Comité contra la Tortura, rescata observaciones similares en torno al consentimiento informado y la necesidad de reparar a quienes ya han sido víctimas de estos tratamientos. Deviene primordial destacar lo enfático que es el Comité al referirse a procedimientos médicos innecesarios en la infancia o la niñez, la recomendación de que nadie sea sometido a ellos, y de que se apoye/asesore a sus familias. Y por encima de todo, la necesidad de garantizar "la integridad corporal, la autonomía y la libre determinación", frase útil a la hora de rastrear los derechos que están en juego en torno a estos procedimientos médicos, y de ir construyendo una especie de estándar de protección de las personas intersex.

La última alusión expresa a la temática proveniente de un órgano de tratado que trataremos en este punto, emana del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad y corresponde a las Observaciones finales de dicho órgano sobre el informe inicial de Alemania (CRPD, 2015). Antes de revisarlo hemos de aclarar que la versión del documento que aquí se usa, es una versión no editada publicada recientemente por este órgano. Habiendo precisado lo anterior, partiremos aclarando que el título bajo el cual se habla de las personas intersex es "La protección de la integridad de la persona" en donde se enuncia la preocupación por la falta de información sobre internamiento y tratamiento involuntario, las esterilizaciones forzadas y abortos coercitivos, y la falta de aplicación de las recomendaciones formuladas por el Comité contra la Tortura en 2011 en relación a "la integridad física de los niños intersex" (párr. 37).

Es por estos motivos que el Comité recomienda tomar las medidas necesarias para prohibir explícitamente la esterilización sin consentimiento pleno e informado, y eliminar toda excepción, incluyendo el consentimiento sustituto o aprobado por un tribunal (párr. 38, letra a), garantizar el consentimiento informado en el contexto de los tratamientos psiquiátricos (párr. 38, letra b) e implementar las recomendaciones del Comité contra la Tortura (2011). Así es como el Comité reafirma la necesidad del consentimiento informado en estos contextos e introduce, al hablar de intersexualidad, la realidad de las esterilizaciones forzadas tan comunes en las personas intersex. Asimismo, se introducen algunas

nociones nuevas como el aborto de los fetos intersex - tema enmarcado en las nuevas técnicas prenatales de tratamiento de la intersexualidad y que son denunciadas por el activismo intersex - pero sobre las cuales no hemos trabajado en esta investigación por la enorme complejidad que suponen, por exceder los objetivos de ésta (más bien tendientes a tratar "lo más urgente") y que quedan como un desafío para trabajos futuros.

Las tres instancias anteriores son claves (CAT, 2011; CRC, 2015; CRPD, 2015) y testimonian una tendencia *in crescendo*. Hasta ahora la alusión a la temática intersex de los órganos de tratado ha estado principalmente dirigida a dos países germanoparlantes (Alemania y Suiza) lo que guarda relación con el fuerte activismo intersex con que cuentan, y también con el rol del Consejo Alemán de Ética Biomédica (cuyas apreciaciones fueron consideradas por el CAT en 2011) y de la Comisión Nacional Consultiva Suiza de Ética Biomédica (cuyas apreciaciones fueron consideradas por el CRC en 2015)⁸⁵.

El lenguaje reproducido en estos instrumentos de Naciones Unidas, confirma las denuncias intersex, así como lo hiciera la máxima autoridad de la ONU en el área de DDHH - la Alta Comisionada Navanethem Pillay - hace cuatro años. Ello, en su informe sobre "Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género" presentado ante el Consejo de Derechos Humanos y en el que aseveró que "los niños intersexos, que nacen con atributos sexuales atípicos, suelen ser víctimas de discriminación y se los suele someter a intervenciones quirúrgicas innecesarias desde el punto de vista médico, practicadas sin su consentimiento informado previo ni de sus padres, en un intento de fijar su sexo"⁸⁶. Una actualización de este informe ha sido publicada el 4 de mayo del año en curso (AGNU, 2015), la que ahonda mucho más en la situación intersex y muestra ciertas

⁸⁵ Estos hechos, y el trabajo de años, han generado amplios debates en ambos Estados (Deutsche Welle, 2012; Swiss Info, 2013) y han resultado en el reciente reconocimiento legal de un "tercer sexo" o "sexo indeterminado" en Alemania, difundido y celebrado en la prensa por lo que genera mediáticamente hablando (BBC Mundo, 2013), sin embargo, se reporta que el activismo intersex de dicho país no está conforme con esta medida - entre otras muchas razones - porque ha generado que los padres quieran con más ímpetu operar a sus hijos para que legalmente quepan en las categorías hombre o mujer, o sea, precisamente lo contrario a lo que se buscaba, y lo somete a un mayor riesgo de discriminación (Viloria, 2013). La Comisión Suiza mencionada propugna más bien la idea de que el sexo registral se pueda cambiar sin trámites burocráticos en las instancias correspondientes (Swiss Info, 2013).

⁸⁶ En este contexto la Comisionada cita el documento de Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en el examen de los informes quinto y sexto combinados de Costa Rica (2011) que menciona su preocupación sobre las "mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexos" en relación a su acceso a servicios como la salud y la información recibida por el Comité sobre abusos y maltratos en dicha área (CEDAW, 2011, párr. 40).

directrices de cómo será tratado este tema de aquí en adelante. Se utiliza continuamente la expresión "LGBT e intersexuales", remarcando que estas últimas pueden tener "cualquier orientación sexual o identidad de género" (nota pie 3), se reitera que los Estados están obligados a resguardar los DDHH de las personas intersex y a protegerlas de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en diversos entornos como el médico, y que si un funcionario público participa de esta clase de actos o no los previene, es el Estado quien incurre en responsabilidad. Esta vez se enumeran también algunas prácticas médicas que los mecanismos de la ONU condenan tales como: exámenes genitales forzados, la esterilización involuntaria, "así como los procedimientos quirúrgicos y tratamientos innecesarios desde el punto de vista médico practicados en niños intersexuales" (párr. 14) y que pueden vulnerar la prohibición de la tortura y los malos tratos" (párr. 38). Todavía más, se señala que estos tratamientos quirúrgicos médicamente innecesarios pretenden forzar un cuerpo a que coincida con "estereotipos sexuales binarios" y que además de su irreversibilidad "pueden provocar un gran sufrimiento físico y psíquico a largo plazo" (párr. 53). Entre los progresos se reconoce a Australia por prohibir la discriminación contra las personas intersex y en forma especial a Malta por ser el primer Estado en prohibir estos tratamientos en niños sin su consentimiento informado. Finalmente, se llama abiertamente a prohibir los tratamientos médicamente innecesarios en niños intersex (p. 22), a que se tomen medidas legislativas para prohibir la discriminación contra estas personas y a sensibilizar a los prestadores de servicios de salud sobre las necesidades de las personas intersex (p. 23).

Pasando a una última dimensión, esta vez la de los Procedimientos Especiales, es menester mencionar dos documentos. El primero de ellos, es el Informe del Relator Especial Anand Grover sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (AGNU, 2009), que si bien menciona brevemente a las personas intersexuales lo hace con bastante precisión. En primer lugar, se establece en su párrafo 46 que "algunos grupos precisan que se les dedique especial atención en lo relativo a la protección del consentimiento informado" y se cita los principios 17 y 18 de los Principios de Yogyakarta ya que relevan la importancia de "salvaguardar el consentimiento informado de las minorías sexuales". El experto indica que los prestadores de servicios de salud deben conocer las necesidades particulares de las personas intersex, entre otras, y "adaptarse a ellas", y en el párrafo 49 es aun más categórico al sentenciar que "los proveedores de servicios de salud deben esforzarse en aplazar las intervenciones invasivas e irreversibles que no sean urgentes hasta que el niño tenga madurez

suficiente para otorgar su consentimiento informado", afirmación que complementa con una nota pie en la que señala su preocupación específica por la cirugía genital practicada a los niños intersex que define como un tratamiento "doloroso y de elevado riesgo sin beneficios médicos demostrados".

El segundo documento corresponde al Informe del Relator Especial Juan Méndez sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (AGNU, 2013), el que se hace eco del informe de Grover y del de la Comisionada Pillay, para finalizar recomendando que los Estados prohíban la práctica de "tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, [...] si se aplican sin el consentimiento libre e informado del paciente" (párr. 88).

Aprovechando la referencia que hiciera el Relator Grover, diremos que los Principios de Yogyakarta (2007) - parte integrante del *soft law* - contribuyen con el DIDDHH en tanto lo ayuda a interpretar la aplicación de los instrumentos de derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género, y si bien sólo menciona en una ocasión (en su preámbulo) a las personas intersex para reconocerlas dentro del grupo de aquellos que históricamente han sufrido violaciones a sus derechos humanos, nos entrega dos principios fundamentales que son los que ya anunciaba Grover. El 17 (pp. 23 - 24), sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud" que tienen todos sin discriminación, en el que se reconoce como parte fundamental a la salud sexual y reproductiva, se reafirma el derecho de acceso a las historias clínicas, las que además deben tratarse con confidencialidad, el derecho a la autonomía y a un consentimiento "genuinamente informado", entre otros, y el 18 (p. 25), sobre la "protección contra los abusos médicos" en donde se establece que nadie ha de ser obligado a someterse a tratamientos médicos o psicológicos en razón de su orientación sexual o identidad de género, que se debe garantizar el pleno resguardo contra procedimientos médicos dañinos asentados en "orientación sexual o la identidad de género, incluso en estereotipos, ya sea derivados de la cultura o de otra fuente, en cuanto a la conducta, la apariencia física o las que se perciben como normas en cuanto al género", y se especifica más aún que ningún niño o niña debe ser objeto de procedimientos irreversibles que busquen imponer una identidad de género sin su consentimiento "pleno, libre e informado" en concordancia a su madurez y basándose en el interés superior. En suma, proteger a niños y niñas de todo eventual abuso médico.

Finalmente, hay que resaltar un hecho histórico, inédito y muy sobresaliente. Este año, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha presentado un informe sobre "Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina" en la que se ha incluido por primera vez la situación de niñas y niños intersex de cara a las cirugías cosméticas médicamente innecesarias y sus efectos perjudiciales (HRC, 2015). Esto prueba que las denuncias y el trabajo de la sociedad civil han sido oídas y han dado frutos. El 22 de junio de 2015, en el contexto de la 29ª sesión del Consejo de Derechos Humanos, el activismo intersex - a través de la activista intersex costarricense Natasha Jiménez - ha presentado una declaración dando las gracias al Alto Comisionado por este hecho.

4.3.2.2. ¿Qué han dicho los Sistemas Regionales de Derechos Humanos sobre las personas intersex?

En esta parte, se hará un repaso breve a los aportes específicos sobre la temática en análisis emanados de los Sistemas Europeo e Interamericano, dado que en el "Sistema Africano" no se ha encontrado ninguna alusión específica a la problemática que enfrentan las personas intersex. Anteriormente se había adelantado que el Sistema Interamericano se había desarrollado al amparo de la Organización de Estados Americanos (OEA), y agregaremos que son dos las principales instancias que conforman este sistema de derechos humanos en las Américas: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Los aportes sobre la intersexualidad han emanado desde la primera y antes de describirlos, hemos de puntualizar que se parte por este Sistema por una cuestión meramente cronológica y no jerárquica.

Dicho esto, partiremos citando un estudio elaborado por la CIDH (2012) en cumplimiento de una resolución sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género adoptada en 2011. Tal estudio se titula "Orientación Sexual, Identidad de Género y Expresión de Género: Algunos términos y estándares relevantes" y en él se trata a las personas intersex como parte de las "minorías sexuales" en la sigla "LGTBI" (p. 1). La importancia de este documento radica en que visibiliza esta realidad y entrega una definición de "personas intersex" (usada en el primer capítulo de este trabajo). Un año después de su publicación terminaba el 147º período de sesiones de la Comisión, en el transcurso de la cual se había oído a tres personas intersex (Mauro Cabral de Argentina, Natasha Jiménez de Costa Rica, Pidgeon

Pagonis de los Estados Unidos) y a una académica con más de diez años de experiencia en el tema (Paula Machado de Brasil)⁸⁷. Esto llevó a que la CIDH emitiera un comunicado en el que toma nota de los abusos cometidos contra las personas intersex (los tratamientos, sus razones, sus nefastas consecuencias y la falta de consentimiento), y a través del que llama a los Estados a tomar "medidas urgentes" en atención especial a los menores de dieciocho años "a la luz del derecho de toda persona a la integridad personal, la dignidad, la privacidad, la identidad, la autonomía, el acceso a la información, los derechos sexuales y reproductivos y la salud" (CIDH, 2013a, s.p.). En el anexo a tal comunicado culmine del 147° período de sesiones, califica los estándares de tratamiento de las personas intersex como "violaciones sistemáticas y generalizadas de los derechos humanos" (CIDH, 2013b, s.p.). Como una forma de contribuir a acabar con esta situación, este órgano crea una Relatoría sobre orientación sexual, identidad de género y expresión de género que por primera vez incorpora la categoría "diversidad corporal", en clara atención a las personas intersex (CIDH, 2013c). Casi dos años han pasado de ello, y el 13 de mayo del presente, se emite un nuevo comunicado en el que se reafirma lo expuesto en 2013 pero agregando una consideración que no podemos perder de vista, estos tratamientos "podrían constituir una forma de tortura o maltrato" (CIDH, 2015, s.p.).

A continuación, revisaremos los aportes del Sistema Europeo desarrollado al alero del Consejo de Europa (en adelante, CdeE), y consideraremos como principales componentes - en atención a nuestro contexto - a la Asamblea Parlamentaria y al Comisario del CdeE para los Derechos Humanos, elegido por ella cada seis años. Esta elección se basa en tres aportes clave sobre la intersexualidad proveniente de ellos.

En primer lugar, y recordando que aun nos encontramos en el contexto del *soft law*, tenemos que citar la Resolución 1952 de la Asamblea Parlamentaria (Consejo de Europa, 2013) sobre el derecho de los niños a la integridad física. Le preocupa mucho - asegura dicha instancia - una categoría de violación de tal integridad cuyos partidarios tienden a presentar como beneficiosa para los niños pese a haber clara evidencia de lo contrario, dentro de la que se encuentran la mutilación genital femenina, las intervenciones médicas en la temprana infancia de los niños intersex, la sumisión de niños a cirugías plásticas, *inter alia*

⁸⁷ Gran parte de estos testimonios han sido transcritos en el marco de esta investigación (y utilizados en el capítulo tercero), y se encuentran en el Anexo 1. El enlace al registro audiovisual de dicha sesión se encuentra en la lista de referencias.

(párr. 2). La resolución recuerda las disposiciones sobre el interés superior del niño como una consideración primordial y sobre la toma de medidas en pos de la protección de los niños contra toda forma de violencia física o mental mientras estén bajo la custodia de alguien (párr. 3). La Asamblea, reconoce que pese a sus esfuerzos para acabar con la violencia hacia los niños, jamás había considerado hasta ese momento la categoría de las violaciones a la integridad física médicamente innecesarias y que pueden tener efectos de larga duración en sus vidas (párr. 5). En base a todo esto se entregan recomendaciones entre las que destacan: examinar la frecuencia de este tipo de intervenciones y las prácticas a su alrededor y analizarlas a la luz del interés superior del niño, sensibilizar sobre esta situación especialmente en aquellos lugares donde se pueda transmitir mejor la información a la familia (por ej. el médico), capacitar sobre los riesgos y tratamientos alternativos, dar inicio a un debate público en aras de alcanzar un consenso sobre los derechos de protección del niño contra las violaciones a su integridad física en concordancia con los estándares de derechos humanos, condenar públicamente las prácticas más dañinas y prohibirlas jurídicamente, asegurar que los niños intersex no serán objeto de tratamientos médicos injustificados basados en lo cosmético más que en cuestiones de salud en la infancia o la niñez, garantizar su integridad corporal, autonomía y autodeterminación y proveer a sus familias de apoyo y asesoramiento idóneos. Finalmente, se exhorta a crear consciencia sobre la necesidad de asegurar la participación de los niños en aquellas decisiones que envuelvan su integridad física, y adoptar normas que prohíban que algunas operaciones sean practicadas hasta que el niño tenga edad suficiente para ser consultado.

En segundo lugar, en 2014, la máxima autoridad en derechos humanos del CdeE - Nils Muižnieks - publicó un Comunicado encabezado "*A boy or a girl or a person - intersex people lack recognition in Europe*" [Un niño una niña o una persona - las personas intersex no tienen reconocimiento en Europa], entre cuyos puntos destacables encontramos que: 1) los padres están mal informados, los médicos proponen cirugías "correctivas" rápidas para "normalizar" el sexo del niño, éstas son cosméticas más que médicamente necesarias, lo que redundaría en asignaciones de sexo irreversibles y esterilizaciones sin el consentimiento informado parental y aun más importante sin el consentimiento de los niños, quienes usualmente sufren traumas y humillaciones, producto también de los largos y complicados post-operatorios. Falta transparencia de los servicios médicos sobre estadísticas de las operaciones, e incluso las personas tratadas tienen dificultades para obtener sus historiales médicos; 2) estos tratamientos

vulneran los derechos a la autodeterminación y la integridad física, es claro que los bebés no pueden dar su consentimiento y el que dan los padres no es libre e informado, ergo, no considera el interés superior de niño; 3) éste y sus padres requieren orientación y apoyo adecuados, labor en la que los defensores de las personas intersex de la sociedad civil deberían tener la oportunidad de participar, informando a las familias y a los profesionales médicos y sociales. Se requiere capacitación de los servicios sociales y de salud en intersexualidad desde la perspectiva de los derechos humanos; 4) se necesita sensibilizar sobre el tema, y se destaca como un avance positivo la inclusión de la categoría intersex en la legislación australiana sobre discriminación, en tanto, herramienta poderosa a fines de fomentar la igualdad de estas personas respecto del resto (Consejo de Europa, 2014).

En tercer lugar, tenemos que referir a un documento temático de muy reciente publicación titulado "Derechos humanos y personas intersex" cuya elaboración ha estado a cargo del mismo Comisario Muižnieks y entre cuyas recomendaciones más notables encontramos: poner fin a los tratamientos "normalizantes" médicamente innecesarios practicados sin el consentimiento libre y completamente informado del individuo en cuestión, los eventuales tratamientos de asignación sexual deben llevarse a cabo cuando su destinatario esté en condiciones de expresar dicho consentimiento, los intersex y sus familias deben recibir apoyo y asesoramiento interdisciplinario, incluyendo apoyo entre pares (esto es, personas en la misma situación), y completo acceso a sus historiales médicos, las clasificaciones médicas nacionales e internacionales que patologizan las variaciones de las características sexuales deben ser sometidas a examen con miras a respetar los derechos humanos, particularmente el derecho al nivel más alto de salud posible, se debe respetar el derecho a la libre determinación, además de sensibilizar a la opinión pública y a los profesionales ligados a la atención de las personas intersex. Éstas y sus defensores deben tener la oportunidad de participar de las instancias de formación y capacitación, así como del desarrollo de medidas con el propósito de asegurar el pleno goce de sus derechos humanos. Además, se recomienda investigar, reconocer públicamente y subsanar las violaciones a los derechos humanos de las que han sido - históricamente - víctimas las personas intersex. Debe haber garantías legales y de control judicial que aseguren el respeto de sus derechos humanos (Consejo de Europa, 2015, pp. 9 - 10). Finalmente, debemos puntualizar que este informe apunta a que los derechos humanos que están fundamentalmente en juego en esta temática son: el derecho a la vida, a la prohibición de la tortura y otro

tratos inhumanos o degradantes (p. 30), al respeto de la vida privada (p. 31), el derecho a la salud (p. 32) y los derechos del niño (p. 33).

4.3.2.3. Creciente preocupación sobre la situación de los niños intersex en Chile

El 8 de julio de 2014, en el marco del sexto informe periódico de Chile ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, dicho órgano de tratado preguntó a la delegación chilena si "el Ministerio de Salud ha establecido un protocolo para asegurar que los niños intersex no sean sometidos a la mutilación y si el Ministerio de Educación tiene un protocolo para la integración de niños de diferentes sexualidades y géneros" (CCPR, 2014, párr. 14), ante lo cual el Gobierno no respondió nada, precisamente porque respecto de los niños intersex –siendo preocupante la situación de recién nacidos – a nivel estatal, no hay políticas públicas destinadas a reconocer su diversidad corporal y características sexuales, y a resguardar su integridad física.

Por su parte, en abril de este año, el Comité sobre los Derechos del Niño ha publicado la lista de cuestiones relativa a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile (a realizarse entre el 14 de septiembre y el 2 de octubre de 2015), y solicita al Estado de Chile "proporcionar información sobre las medidas tomadas para eliminar la discriminación contra los niños, niñas y adolescentes [...] intersex [...] Sírvanse también proporcionar información de las medidas adoptadas para evitar que los niños intersex sean sometidos a intervenciones quirúrgicas innecesarias sin su consentimiento" (CRC, 2015, párr. 8).

Finalmente, el 9 de junio pasado en el examen del cuarto informe periódico de Chile ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se solicitó a los representantes del Estado informar sobre las operaciones de las que son objeto los niños intersex sin el consentimiento de los padres (CESCR, 2015, párr. 40). En relación con esto, Chile - a través de la representante del Consejo Nacional de la Infancia - ha reconocido ante dicha instancia que el Estado no posee siquiera cifras sobre el número de nacimientos intersex y que está trabajando en un protocolo en conjunto con la sociedad civil⁸⁸.

Precisado esto, estamos en condiciones de pasar al quinto capítulo y final, en que se dará cuenta de la situación intersex en Chile.

⁸⁸ Rivera, Andrés. Comunicación personal 10 junio, 2015.

CAPITULO V:

“La situación intersex en Chile al año 2015. Realidad y recomendaciones”

Como médicos actuamos conforme a nuestra ética, aplicamos la ciencia para resolver un problema de un ser humano. Pero nuestra falla ha sido olvidar que el ser humano es individual e integral (Mario Varela, 2007)

No nacemos en un cuerpo equivocado, sino en una sociedad equivocada (Andrés Rivera, 2011)

Nacimos así, estamos acá, no somos nada extraño [...] somos personas; diferentes, pero somos ("Ale", 2015)

5.1. Algunas precisiones previas

Al dar inicio a esta investigación se tomó consciencia del enorme desafío que suponía. La situación intersex en Chile es de extrema gravedad, sobre todo en razón de su invisibilidad absoluta. La nula discusión política y académica al respecto redundó en gran ignorancia respecto al tema y, en consecuencia, en graves violaciones a los derechos humanos - desde el nacimiento mismo - perpetradas en la oscuridad y el silencio, desconocidas incluso por el Gobierno, y hasta hace poco por el Ministerio de Salud⁸⁹.

Además de ello, es menester informar que previendo la realización de este capítulo dedicado a la situación de las personas intersex en Chile, y con el propósito de obtener información sobre la perspectiva

⁸⁹ Respecto de la afirmación sobre la ignorancia del Ministerio de Salud de la realidad intersex, revisar las precisiones finales.

médica chilena en torno a los nacimientos intersex, se solicitó (por medio de llamados telefónicos y correos electrónicos) una audiencia para conversar brevemente con autoridades del Hospital Roberto del Río⁹⁰ y del Hospital Luis Calvo Mackenna⁹¹, dos de los servicios pediátricos más grandes e importantes del país, sin embargo, jamás se recibió una respuesta. Pese a ello, se ha conversado breve e informalmente con algunos médicos - cuya identidad no se revelará - y comprobado que sus criterios sobre la intersexualidad criticados desde el activismo intersex, la bioética y los derechos humanos, corresponden a la realidad imperante en Chile.

Las únicas menciones a la intersexualidad desde la mirada de los derechos humanos en nuestro país, datan de los años 2009 y 2010, y ambas fueron publicadas en los Informes del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales (en adelante, CDH). El primero, constata que la intersexualidad es un tema extremadamente invisible en Chile incluso dentro del movimiento de la "diversidad sexual" (conocido como LGBT), que tal invisibilidad es fomentada por la medicina y que las personas intersex son víctimas de la "sanción social", originada también por las prácticas médicas. A juicio de este CDH los derechos vulnerados son principalmente la integridad física y psíquica, la igualdad de trato, la identidad y el libre desarrollo de la personalidad. Por último, el Informe se hace eco del caso de un niño intersex nacido en el Hospital de Talca (del que hablaremos en específico más adelante), y trata la problemática del cambio de nombre en los tribunales chilenos (hablando conjuntamente de las personas trans e intersex), que emana de la profunda ignorancia sobre estos temas en el poder judicial. La recomendación del CDH respecto de las personas intersex fue la dictación e implementación de una normativa que atienda su situación particular en el ámbito de la partida de nacimiento pues son sometidas al mismo régimen que las personas trans (UDP, 2009). En concordancia con ello, el informe de 2010 cita el anterior, da a conocer el caso de una persona intersex cuya solicitud de cambio registral fue denegado en base a la ignorancia, al confundir su caso con el de una persona trans. La recomendación específica en este último, fue: "empezar a reconocer la complejidad de la intersexualidad y diferenciarla del transexualismo, por medio de la investigación académica o elaboración y difusión de informes sobre el tema" (UDP, 2010, p. 298). Dicha recomendación no ha generado reacciones hasta ahora.

⁹⁰ Se solicitó hablar con la doctora María Lidia Valenzuela, Subdirectora Médica del Hospital.

⁹¹ Se solicitó hablar con el doctor Antonio Banfi, Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital.

¿Con qué elementos contamos para revertir esta situación?, ¿qué pasa con las personas intersex en Chile, especialmente con los recién nacidos?, ¿hay atisbos de cambio en el paradigma de atención?. Estas y otras preguntas responderemos en este capítulo.

5.2. Hacia un marco inicial de protección de las personas intersex

Más allá de las obligaciones internacionales adquiridas por Chile a través de la firma y ratificación de los instrumentos internacionales de derechos humanos mencionados en el capítulo anterior, revisaremos algunos elementos destacables del marco jurídico y administrativo nacional, comenzando por supuesto con la Constitución Política, el instrumento fundamental de nuestro ordenamiento jurídico, y en específico con su artículo 5° en donde se establece que:

El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes (inc. 2).

A continuación, su artículo 19 asegura: "el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona" (1°), "el respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia" (4°), "la libertad de conciencia" (6°), "el derecho a la libertad personal y a la seguridad individual" (7°), "el derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud" (9°). Y en un paralelo similar al que hiciéramos a inicios del capítulo 4, recordaremos que el programa de gobierno de Michelle Bachelet contempla que la Nueva Constitución deberá incluir un catálogo de derechos entre los que se encuentra el "derecho a la vida, integridad física y psíquica", asegurando, entre otras cosas, que ninguna persona pueda ser sometida a "torturas o tratos crueles, inhumanos y degradantes" (p. 30). Y respecto de los niños, este documento indica que "se deben reconocer los derechos de los niños y niñas, de acuerdo a lo establecido en la Convención sobre Derechos del Niño [...] proteger al niño o niña contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental [...] Se requiere prohibir [...] cualquier tipo de violencia contra los niños y niñas, sea física o psíquica" (p. 31).

Ahora bien, sabiendo que las violaciones a los derechos humanos de las personas intersex comienzan en el momento mismo del nacimiento y tienen lugar en el área de la salud, deviene fundamental revisar lo que nos dice la ley 20.584 que regula "los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" (2012) y que da testimonio del progresivo reconocimiento e importancia adquirido por el consentimiento informado de los pacientes en el ámbito de su atención en salud, respecto al cual establece que "toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud" y que "este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10" (art. 14). Tal artículo, por su parte, consagra el derecho de todos a ser informados oportuna y comprensiblemente por el profesional tratante, sobre su salud, el diagnóstico, los tratamientos alternativos disponibles y de los eventuales riesgos, entre otros, "de acuerdo con su edad y condición personal y emocional". Cuando a juicio del profesional esto no fuere posible esa información ha de ser dada a su representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado esté, pero aun así cuando el paciente esté recuperado debe recibir dicha información. Lo mismo en las situaciones de urgencia o emergencia médica, entendiéndolas - según la ley establece - como "aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona" (art. 10).

Esta norma señala que normalmente el consentimiento informado se efectúa en forma verbal, pero cuando se trata de cirugías, procedimientos invasivos o que revistan un riesgo relevante y conocido para la salud del paciente, deberá constar por escrito en la ficha clínica del aludido. Cuando esto es efectivo y se cuenta con la firma del paciente en un documento explicativo del tratamiento que se realizará, se presume que éste recibió toda la información pertinente. Finalmente, el artículo 15 reitera que no obstante lo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad: cuando su vida esté en riesgo o pudiera haber secuelas funcionales graves de no ser tratado de forma inmediata e impostergable, y no se pueda contar con el consentimiento del paciente ni de su representante. Estas medidas buscan y aplican "en orden a garantizar la protección de la vida" (inc. c).

Esto parece darnos elementos para argumentar que si una manifestación de la intersexualidad, como unos "genitales ambiguos" - en términos médicos -, no suponen un riesgo vital para el recién nacido (en

adelante, RN), ni generará secuelas funcionales graves (como si pudiera ser en el caso en que un RN nace sin un conducto para orinar), las intervenciones médicas invasivas como las cirugías genitales, son ilegales en Chile.

Siguiendo con la salud, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud "la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (Schutt-Aine & Maddaleno, 2003), situación reconocida por el Ministerio de Salud de Chile, cuyo Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008) asevera que:

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas a lo largo de su ciclo vital, se inicia en la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce en la vida adulta y sus consecuencias persisten en el período postreproductivo, y además de ello está centrada en las personas y en sus derechos y reconoce a las personas como sujetos activos que participan junto a las y los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí mismas, sus parejas y sus familias (p. 16).

Por consiguiente, según lo reconoce el organismo de salud más importante de nuestro país, es primordial resguardar los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA), pues las consecuencias de ese resguardo los acompañarán durante toda su vida.

Por último, entre los elementos útiles a efectos de construir un marco de protección a las personas intersex, especialmente NNA, se destaca la reciente creación del Consejo Nacional de la Infancia, instancia asesora de la Presidencia encargada de coordinar y dirigir los esfuerzos de diversos organismos públicos para establecer "un sistema integral de garantías de los derechos de la infancia y adolescencia, donde el Estado cumpla el rol de garante" (Consejo Infancia, s.f., s.p.). En este marco, el Consejo cumple la labor de identificar, formular y ejecutar políticas, medidas, programas y planes destinados a promover y proteger los derechos de NNA en todo Chile, y busca crear un marco legal que oriente al Estado hacia el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, esto es, una nueva Ley de Garantía Universal de Derechos de la Niñez, en la que trabaja actualmente⁹². Por lo demás, sobresale el hecho de que este organismo impulsa un cambio de paradigma pues tiene una mirada de NNA como sujetos o

⁹² El 28 de abril de 2015, en el Seminario Internacional "Hacia un Estado garante de derechos para niñas, niños y adolescentes" la propia Presidenta de la República se comprometió a enviar dicho proyecto de ley al Congreso en agosto del año en curso (Consejo Infancia, 2015).

titulares de derecho, por ende, personas que deben participar en toda aquella decisión que los involucre o afecte su vida (Consejo Infancia, s.f.).

5.3. Antecedentes de intersexualidad en Chile

El Ministerio de Salud no posee cifras públicas respecto del número y/o frecuencia de nacimientos intersex en Chile, ello sumado al enorme secretismo en torno a la temática y su tratamiento médico que hay en el país. Sin embargo, de acuerdo a un artículo publicado por la Revista Médica de Chile en el año 2001:

La tasa de prevalencia al nacimiento de los genitales ambiguos en los recién nacidos en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 18 años es de 4,7 por 10.000 nacimientos. Esta tasa es superior a la encontrada en otras maternidades del país. En el mismo período, el Hospital Grant Benavente de Concepción tiene 1,9 por 10.000 nacidos vivos, el Hospital Gustavo Fricke en Viña y el Hospital Naval de Valparaíso registran una prevalencia de 0,9 por 10.000 nacimientos y el Hospital Regional de Valdivia informa una tasa de 2,6 por 10.000 (Hübner, Nazer & Cifuentes, 2001, s.p.).

Por su parte, en 2005, el doctor Ronald Youlton Rivadeneira afirma que de acuerdo a cifras del Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas:

En una muestra de más de un millón seiscientos mil nacimientos, la tasa de genitales ambiguos es de 2,1 por 10.000 nacimientos. El Hospital Clínico de la Universidad de Chile en una muestra de 61.500 nacimientos da una tasa de 4,9 por 10.000 y el total de hospitales del ECLAMC de Chile, en una muestra de más de 350.000 nacimientos, tiene una tasa promedio alrededor de 2 por 10.000, con un rango entre 0 y 4,9 por diez mil. Otro hospital con tasa alta es el de Puerto Montt, 4,6 por 10.000 (Hübner, Ramírez & Nazer, 2005, p. 401).

Asimismo, en 2007, un artículo de la Revista Chilena de Pediatría reproduce la misma información que Hübner et al. (2001, 2005), indicando que “datos nacionales señalan cifras de prevalencia entre 0,9 y 4,7 por 10.000 RNV” (Ugarte & Sepúlveda, 2007, p. 579). Lo que indica que no se han hecho nuevos estudios - al menos de difusión pública - respecto de la frecuencia de nacimientos intersex en Chile. Sumado a esto, debemos tener presente que estas cifras son mucho mayores pues sólo refieren a los "genitales ambiguos", es decir, a la manifestación visible de la intersexualidad al momento de nacer. Algo parecido añade Youlton, pues “la incidencia real de estas anomalías es aun superior a las cifras

mencionadas, ya que ellas son en recién nacidos, y hay patologías frecuentes, como insensibilidad a los andrógenos, que pueden pasar inadvertidas en el período neonatal” (Hübner et al., 2005, p. 401).

Para vislumbrarlo comparativamente, recordemos lo mencionado en el primer capítulo de este trabajo. De acuerdo a Albinos Chile (s.f.), la frecuencia del albinismo es de 1/17.000 personas. Es probable que el lector haya visto más de una persona albina en Chile, de ser así, por cada albino que ha visto en la calle, ha visto - sin saberlo - más de una persona intersex.

5.4. ¿Existen políticas públicas destinadas específicamente a la protección de las personas intersex en Chile?

Al año 2015, existen sólo dos políticas públicas en Chile que están – en parte – destinadas a proteger a las personas intersex. La primera corresponde a la Circular N° 21 del Ministerio de Salud - con fecha 14 de junio de 2012 – que “reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial” (INDH, 2012)⁹³ y se ocupa básicamente de incentivar el respeto a la identidad de género de las personas trans e intersex, señalando que éstas últimas “también pueden llegar a manifestar una situación similar, cuando el sexo genital, no se corresponde con la Identidad de Género que la persona va desarrollando” (p. 1). Sin lugar a dudas el respeto a la identidad de género de las personas supone un enorme avance en el respeto de los derechos humanos, no obstante, esta Circular no trata el problema de fondo en torno a los protocolos imperantes de atención de personas intersex, sólo alude al trato social hacia éstas a la hora de requerir atención en un servicio de salud, y además, es dable afirmar que se refiere a personas intersex que ya están en condiciones de comunicarse y de manifestar su identidad de género. Ergo, esta política pública no contempla la invisibilizada realidad de las personas intersex – particularmente NNA – al no pronunciarse sobre su derecho al consentimiento informado, en el marco de los derechos de autonomía e integridad corporal.

La segunda, se trata de la Circular N° 1297 del Servicio Médico Legal (en adelante, SML) del Ministerio de Justicia, que data del 9 de noviembre de 2012 e "Instruye cumplimiento de guía técnica pericial de sexología forense para casos de personas trans e intersex". Este documento, al igual que el anterior se refiere al respeto a la identidad de género de personas trans e intersex, pero además agrega

⁹³ Éste instrumento, tiene como antecedente la Circular N° 34 del 13 de septiembre de 2011, que “instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial”.

una serie de indicaciones - que contemplan el respeto a los derechos humanos - para llevar a cabo pericias sexológicas de personas enviadas por magistrados a dicho SML en el contexto de una solicitud de rectificación del nombre, sexo o ambos en sus partidas de nacimiento (OTD, 2012). Esta Circular también está destinada a personas adultas, por tanto, está también lejos de tratar la problemática de fondo de las personas intersex en Chile.

5.5. Benjamín y Florencia, dos casos de intersexualidad emblemáticos en Chile

La siguiente historia fue reportada en detalle por la Revista Paula (2013). Benjamín nació el 10 de abril de 1993 en el Hospital de Talca, momento en el que se le informa a la madre que se trata de un niño, sin embargo, al otro día la matrona señala “que la niña era tan pequeña que no se podía ver con claridad el sexo, pero es una mujercita” (s.p.). El 3 de junio del mismo año los doctores notan que a la altura de sus ingles, el bebé tenía dos bultos, uno en cada pared abdominal y advierten a los padres que eran hernias inguinales bilaterales que había que operar. La intervención se llevó a cabo a los cinco días, el 8 de junio de 1993, pero tardó más de lo esperado ya que en el transcurso los médicos se percataron de la existencia de dos testículos no desarrollados. El equipo médico concordó con que se trataba de un bebé intersex, y que la apariencia de sus genitales externos parecía femenina, entonces se remueven sus gónadas y su sistema reproductor masculino. Todo ello, sin informar siquiera a los padres y sin practicar ningún examen al neonato. Posteriormente se les dice que su hija - Maricarmen en ese momento - tenía una malformación (referida a la existencia de los testículos retirados), y que debían “propiciar un ambiente femenino para criar a la guagua” (s.p.). El padre del niño, por su parte, afirma que le “explicaron que todos los bebés que nacen con este problema finalmente se quedan como niñas porque como hombres no tendrían una sexualidad plena, que el pene no les crece lo suficiente y que criarla como niña era mejor” (s.p.).

El 11 de junio de 1993 la bebé es dada de alta y su madre recibe la instrucción de volver a controlarla cuando estuviera *ad portas* de la llegada de la pubertad para tratarla hormonalmente (recordemos que la gonadectomía genera dependencia hormonal de por vida) y así se desarrollara igual que las demás niñas. Siendo menor de dos años Maricarmen se enfermaba con frecuencia, su madre se preocupaba por la apariencia de su clítoris, según los médicos “hipertrófico” y que operarían (es decir, cortarían) pasados los dos años. Pese a la realización de exámenes no se los entregaron a la madre, quién ni siquiera tuvo

acceso a la ficha clínica pues "se había perdido". A medida que crecía, la niña jamás se sintió cómoda con el sexo femenino asignado lo que generó mucho sufrimiento. Era tal su malestar que a los 10 años la niña afirmó que "se sentía hombre". En ese contexto, un médico del Hospital Gustavo Fricke determinó la realización de una ecografía genital y un cariotipo, y el día 8 de octubre de 2003 los resultados del examen mostrarían que la composición cromosómica de Maricarmen era 46 XY.

El 12 de agosto de 2005, la madre se querrela contra el Servicio de Salud del Maule (Radio Cooperativa, 2005; El Mercurio, 2005), demanda por daños y perjuicios que se inicia en el 4° Juzgado de Letras de Talca, pero que termina escalando hasta la Corte Suprema. El 14 de noviembre de 2012 dicho Tribunal Supremo condena al Servicio de Salud del Maule por "falta de servicio" y a pagar una indemnización de 100 millones de pesos a Benjamín, y 5 millones a cada uno de sus padres. El fallo establece que el hospital debió hacer exámenes que les permitieran a los padres y a la víctima "decidir acerca de la extirpación de dichos órganos y la condición de hombre o mujer con la que enfrentaría la vida y a la sociedad" (La Tercera, 2012, s.p.). Al consultar a Benjamín sobre la posibilidad de realizarse una faloplastia con el dinero de la indemnización su respuesta es:

No confío en los médicos. Por lo menos no lo haría en Chile. Hace dos meses comencé a inyectarme testosterona porque no tengo testículos que la produzcan; fue una decisión que me costó, porque le tomé fobia a las agujas. Me he sentido invadido por médicos toda la vida. Quizá, en tres años más. Hoy solo quiero llevar una vida normal (Revista Paula, 2013, s.p.).

Poco antes de la sentencia por los daños morales y perjuicios psicológicos ocasionados a Benjamín y su familia, la sociedad chilena se enteraría del caso de un bebé intersex nacido el 2 de marzo de 2012 en el Hospital Base de Puerto Montt, sin embargo, con una gran diferencia. De acuerdo a lo informado por la prensa, al bebé no se le asignó ni quirúrgica ni registralmente un sexo, quedando registrado en el comprobante de parto con "sexo indefinido"⁹⁴. Luego de realizar un examen que arrojó que el bebé "era hormonalmente mujer", sus padres deciden llamarle Florencia (Radio Bio Bio, 2012a). En una entrevista realizada por dicho medio de prensa a la madre de Florencia, y transcrita en el Anexo 2, se puede comprender la angustia de los padres pues cuando nace su hija se les informa que el sexo ambiguo "no

⁹⁴ Los comprobantes o fichas de parto en Chile contemplan las opciones Masculino, Femenino o Indefinido, lo que da cuenta de que la realidad intersex no es en absoluto desconocida ni por los médicos ni por los servicios de salud.

era algo normal", sin embargo, es dable señalar que la seriedad de la condición de Florencia no radicaba en sus diferencias genitales sino más bien en el hecho de que lo que las provocaba era una Hiperplasia Suprarrenal Congénita perdedora de sal, la causa más común de los "genitales ambiguos" y que efectivamente es una enfermedad que de no tratarse puede poner en riesgo la vida del bebé. Con todo, una de las principales razones por las que se decide denunciar públicamente la no inscripción de la niña es que producto de ello, "no existía", es decir, ni ella ni sus padres tenían beneficios como el post-natal y aun más grave, ni siquiera se podía vacunar a la niña por su situación, vulnerando así un derecho fundamental como la salud (La Cuarta, 2012). Las preguntas pertinentes aquí pudieran ser ¿las vacunas elementales para proteger a un recién nacido están destinadas sólo a aquellos cuyos cuerpos cumplan con los estándares de masculinidad o femineidad aceptados, o están destinados a todo ser humano por su mera condición de tal? ¿tienen acaso menos derechos un niño o una niña diferentes corporalmente hablando? ¿es esta situación una justificación para llevar a cabo cirugías cosméticas urgentes a fines de inscribir a un niño o niña en Chile?

En el Anexo 3 se encuentra la transcripción de otra entrevista realizada por la Radio Bio Bio, esta vez a un psicólogo y a un ginecólogo citados como expertos en la materia. En ella queda en evidencia la enorme confusión que casos como éste generan, en el audio de origen de esta transcripción se evidencia una periodista muy nerviosa, titubeante y que no sabe siquiera como formular preguntas frente a un tema que desconoce y que causa enorme revuelo. Hay algunas declaraciones de los expertos que debemos destacar. El doctor Sergio Valdés (ginecólogo) nombra las mismas cifras de intersexualidad que hemos citado con anterioridad y reafirma que estos casos son una enfermedad pero que en Chile son bien manejados por los pediatras pues se estudia a los bebés y "se van con el diagnóstico hecho, con el sexo asignado, definido y con un buen plan de tratamiento, sin que esto genere ni pasar a la prensa ni mayor dificultad". Valdés señala que hay un sexo genético, uno biológico que dice relación con las hormonas y el cuerpo, y uno social que define como "sexo familiar, que le asigna la familia a este bebé recién nacido y que lo trata de una manera distinta si es hombre y si es mujer". Junto con ello, el profesional agrega que "estos tres tipos de sexualidad [...] normalmente son coordinados y no hay ningún problema" pero pese a que Florencia "tiene genes femeninos y va a ser una mujer [...] el sexo corporal tiene una alteración en su producción de hormonas [...] un exceso de producción de andrógenos [...] y que] hicieron que sus genitales femeninos se desarrollaran en forma anormal". De estas declaraciones se desprende que el

"problema" al que se alude es probablemente un clítoris más grande de lo médicamente aceptado. Se señala, como de costumbre, que la situación de sexo ambiguo es "tremendamente inquietante para la madre y la familia, entonces lo ideal es que no pase esto". Los estereotipos médicos quedan también en evidencia, pues cuando la periodista pregunta sobre la existencia de casos en que el sexo no se pueda definir nunca, Valdés relata la siguiente historia:

A mí me tocó conocer [...] una paciente mujer [...] una muchacha buenamoza, joven, que podría haber pasado por una modelo perfectamente y lo que en ella ocurrió fue que – una cosa normal que ocurre en el ser humano – que somos potencialmente desarrollables hacia mujer, si no hay ninguna hormona masculina, si no hay ningún cromosoma Y que altere este desarrollo, el bebé sin ninguna influencia externa se desarrolla potencialmente hacia mujer, y me recuerdo de esta paciente que es una lola buenamoza [...] y su problema era que no tenía menstruaciones [...] era genéticamente hombre, tú la veías y pasaba por una mujer muy buenamoza con plena identidad sexual femenina, [...] y si bien genéticamente era... eh... tenía sus genes muy ocultos y no se habían manifestado, ella había desarrollado toda una vida de mujer y si bien es cierto, sus genitales no eran capaces de tener hijos por ejemplo, su identidad era de mujer y después de un proceso en que participaron médicos, pediatras, ginecólogos, psicólogos especialmente, se le explicó esta situación y la mujer... porque claramente era una mujer biológicamente y socialmente, hizo una vida bastante normal sin poder tener hijos eso sí [...] lo que pasa en la gran mayoría de los casos es que el caso de sexo ambiguo [...] se manejan bien los casos y se logra determinar dónde está la alteración en este proceso y tratarla y repararla y darle una vida bastante normal a los recién nacidos.

Surgen bastantes preguntas como ¿qué se entiende por una vida normal o por reparar? ¿qué significa manejar bien los casos? ¿qué significa desarrollar una vida "de mujer"? ¿qué es una plena identidad sexual femenina? ¿se refiere aquello a ser una mujer heterosexual y dueña de casa? Pese a no tener estas respuestas de la boca del profesional, el desarrollo de este trabajo las responde implícitamente. El doctor reafirma que todos somos potencialmente desarrollables como mujer, lo que ocasiona que en Chile, también la mayoría de los bebés intersex sean asignados quirúrgica y registralmente al sexo femenino. Se desconoce el destino de Florencia, se entiende, de las palabras del médico que luego de sus tratamientos esta niña podría desarrollarse de manera "normal" lo que implica, bajo su perspectiva, genitales de "aspecto normal femenino". Y para finalizar, hay que añadir que Roberto

Rosenzvaig (psicólogo) al igual que el ginecólogo reafirma la idea del sexo de educación, afirma que la situación de Florencia no implica que "su cerebro esté enfocado en términos de confusión", y que su desarrollo será influido por lo que la rodea. "Ella va a ser intervenida quirúrgicamente para que se dirija anatómicamente a tener un sexo femenino, lo cual es mucho más sencillo quirúrgicamente a que si fuera varón", pero ¿conservarán estas intervenciones la sensibilidad genital y la capacidad de sentir placer de esta niña?, no lo sabemos. Las declaraciones son elocuentes y prueban que las denuncias enunciadas en los capítulos anteriores también aplican a Chile, y que las ideas de John Money siguen tan presentes como siempre pese a estar suficientemente probado que se sustentan en un fraude y que en consecuencia son erradas.

Sin duda, los casos de Benjamín y Florencia son gravísimos, sabemos lo que pasó con Benjamín, mas desconocemos qué pasará con Florencia quien ahora debe tener unos tres años de edad. A juicio de quién escribe, la verdadera gravedad en este contexto radica en que el primer caso fue públicamente informado como una negligencia médica puntual y el segundo, de manera similar, en tanto el servicio de salud no fue "rápido" en la rectificación del documento que serviría para inscribir a Florencia en el Registro Civil, pero lo que no se informó - debido posiblemente a la ignorancia en torno a la temática - es que estos casos no son la excepción, sino que en términos de criterios médicos, son la regla imperante desde hace décadas en Chile.

5.6. La historia de "Ale"

A continuación una historia inédita que sustenta la última afirmación del párrafo anterior, y que constituye el primer testimonio público de una persona intersex en Chile⁹⁵.

"Ale" (nombre escogido por él), nace en 1978 en el Hospital San Juan de Dios, en Santiago de Chile, se le diagnostica una Hiperplasia Suprarrenal Congénita perdedora de sal y sexo ambiguo (en su caso: hipospadia, "clítoris más o menos grande o un micropene", inexistencia de una vagina, entre otros), y es registrado como hombre. No obstante, a sus dos meses de vida se decide revertir esta situación y asignarle el sexo femenino para lo cual se le realiza una operación para cortar su clítoris o micropene, en

⁹⁵ Efectivamente en 2013 la Revista Paula realiza un reportaje a Benjamín, el protagonista de la historia del Hospital de Talca, sin embargo, éste no se concibe a sí mismo como una persona intersex, sino que entiende que en su caso específico se cometió una negligencia médica. El testimonio de "Ale" por su parte, es el de quien comparte las denuncias del activismo intersex y que decide - por medio de esta entrevista - dar a conocer su historia para contribuir a terminar con las violaciones a los derechos humanos de las personas intersex en Chile (Anexo 4).

sus propias palabras "arrasaron con todo". Su infancia estuvo marcada por constantes idas al hospital que normalmente se transformaban en meses de internación, constantes controles médicos y muchas faltas al colegio. A medida que Ale crecía comenzó a tener muchas interrogantes y mucha tristeza sin saber el origen de sus problemas. A los nueve años, es decir, *ad portas* de la pubertad, se le realiza la segunda gran cirugía de su vida, esta vez para construir una "neovagina", según su relato: "lo que los doctores quieren es construir un conducto para que tu recibas un pene, para que te penetren, eso es lo que ellos quieren... solamente sirve para eso. A partir de ahí comienza el tema de las dilataciones". Esta "terapia" post-operatoria pretende, como ya se enunció en el capítulo 3, asegurar que el conducto vaginal creado no se cerrará y que como dice Ale, podrá ser penetrado. El protagonista de este relato define este tratamiento como "horriblemente doloroso":

Sabes que una vez estaba recién operado, llevaba unos cuatro o cinco días y el doctor en una forma brutal va e introduce un dilatador en esta zona y sangré hasta decir basta, y decide que no lo va a hacer, que me va a volver a internar, que voy a ir a pabellón mejor [...] que la introducción del dilatador la va a hacer bajo anestesia, porque no lo podía hacer de una forma en que yo estuviera despierto ya que el dolor era terrible, sangré mucho unos dos o tres días y a él se le ocurre la genial idea de que "quizás con vaselina puede que duela menos", y fue peor.

Posteriormente, este proceso debía ser llevado a cabo en casa del paciente, por tanto era su madre quién tenía que introducir el dilatador - que debía comprar ella misma - en la entrada vaginal de su hija de 9 años. "Me sentía vejado, me sentía mal... sabes que no sé cómo explicarte, era como que me estaban violando, como que yo mismo me estuviera violando. Era horrible", son las palabras que ocupa esta persona y que pueden oírse frecuentemente de la boca de personas intersex que han sido tratadas por diferentes razones. Por si esto fuera poco, a los once años aproximadamente vendría una tercera cirugía que Ale define como "la más terrible y la más dolorosa". Se trata de reconstruir el conducto para orinar, no porque no existiese uno sino para hacer que esta persona orinara sentada, lo que constituye - de acuerdo a los criterios médicos - un elemento fundamental de la femineidad. En este contexto, la pregunta a Ale fue: "¿anterior a esta cirugía tú podías orinar?" a lo que responde que si, "sin ningún problema". El único "problema" era que el doctor quería que Ale orinara sentado:

Ahí es terrible porque no puedo orinar después que salgo de pabellón, sentía miles de agujas que se me metían y es terrible, no podía orinar... no sabía si orinar sentado u orinar parado porque de

las dos formas me dolía [...] Como sintieron que era tanto el problema que yo les provocaba [médicos], decidieron conectarme con una sonda para que orinara. Imagínate... recién operado y metiéndote una huevada, es horrible.

El sufrimiento que esta persona vivió a partir de la temprana infancia es irreproducible, él mismo señala que muchas veces intentó suicidarse pues nada tenía sentido, ni su familia, ni su entorno, ni su historia. Los médicos ordenaron a su padres guardar estricto silencio y que eliminaran las pruebas de su pasado, pese a lo cual éste siempre supo que había algo por descubrir. Muchas veces pensó que era una mujer lesbiana, sin embargo, en su interior sabía que no lo era y que más bien su identidad de género era masculina: "me sentí identificado como varón, toda mi vida, siempre me identifiqué como varón", y además siempre tuvo clara su orientación sexual hacia las mujeres. Abrumado por toda una vida de sufrimiento, Ale decide ir a buscar su ficha médica y descubre la verdad, teniendo 35 años de edad (hoy tiene 37). En el momento de esta entrevista (abril, 2015), Ale realizaba - desde hace largo tiempo - una serie de trámites para que su identidad de género y su nuevo nombre fuesen registrados en sus documentos. Siendo la primera semana de julio de 2015, Ale posee un nuevo registro y una nueva cédula respetuosos de su verdadera identidad, que contribuyen a subsanar - muy mínimamente - todas las violaciones a sus derechos humanos y a emprender un nuevo camino.

5.7. ¿Podemos hablar de violencia hacia quienes no cumplen con los estándares de corporalidad cultural y médicamente aceptados en Chile?

En el capítulo 3 se habló sobre la violencia, pues es un término frecuentemente encontrado en la bibliografía referida a las personas intersex, desde diversas miradas y disciplinas, pero principalmente de boca de ellas mismas, las destinatarias de los tratamientos médicos. En el capítulo 4 ha quedado en evidencia que desde el mundo de los derechos humanos, las acciones de las que son objeto las personas intersex pueden constituir una forma de tortura. Y elocuentemente, de las tres historias presentadas en los dos puntos anteriores emana la confirmación de que si podemos hablar de violencia hacia quienes poseen cuerpos "diferentes".

La segunda entrevista realizada en el marco de esta investigación se enfoca principalmente en la violencia, es por ello que se tomó contacto con un persona en cuya historia confluyen una serie de hechos útiles para este trabajo. Se trata de un reconocido defensor de derechos humanos chileno, su nombre es

Andrés Rivera Duarte, quien en 2007 se convierte en la primera persona trans⁹⁶ chilena en obtener un cambio de nombre y de sexo registral sin someterse a una cirugía genital, ha sido dos veces nominado al Premio Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2011, 2014), es consultor internacional en derechos humanos e identidad de género, es quien impulsa las dos políticas públicas que mencionan a las personas intersex (ver punto 5.4) y quién ha estado denunciando en el Sistema de Derechos Humanos de Naciones Unidas y en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos los abusos cometidos contra ellas.

Más allá de ello, su historia personal está marcada también por la violencia, una violencia que se asemeja mucho a la vivida por las personas intersex, con la salvedad de que éstas últimas las viven desde el momento mismo de llegar al mundo. Según relata, en el camino hacia su cambio de nombre y sexo registral fue forzado a practicarse una histerectomía, es decir, para reconocer su identidad de género y respetarla, Andrés debió ceder sus derechos sexuales y reproductivos, pero lo más terrible radicó en un procedimiento al que tuvo que someterse en el Servicio Médico Legal (en adelante, SML), por orden de una jueza. El protocolo consistía en hacerle tacto anal para comprobar que no tuviera hemorroides y que "fuera hombre", en revisar sus genitales, en fotografiarlo desnudo, entre otras cosas, pero la brutalidad más grande fue la introducción de un espéculo en su vagina - sabiendo que se trataba una persona virgen - lo que le provocó una herida de tres centímetros y sangramiento "por morbosidad" según comenta Rivera. "Para poder reconocer tu identidad de género, para reconocerte como ser humano te hacen mierda y te destruyen como ser humano", señala. Estos hechos correspondían también a lo que las personas intersex adultas, cuya identidad de género no coincidía con su sexo asignado al nacer, tenían que pasar para lograr el cambio registral, y que por lo demás no siempre está garantizado pues depende en gran medida del criterio de un juez.

Claro está que este trabajo no pretende analizar la temática trans, muy cercana en algunos aspectos a la intersex, sin embargo el testimonio de Andrés da cuenta que la violencia hacia los cuerpos "diferentes" se da también hacia personas no intersex, pero generalmente bajo los mismos criterios que dictan "lo que debe ser un hombre" y "lo que debe ser una mujer". El consultor da cuenta de los grandes estereotipos y prejuicios valóricos y morales médicos, tales como "los hombres tienen las manos grandes y las mujeres

⁹⁶ Recordemos que al hablar de personas trans nos referimos a aquellas cuya identidad de género, es decir, su sentir más profundo del género, no coincide con el sexo registral asignado al nacer. Cabe destacar, que a diferencia de las personas intersex, en las personas trans no necesariamente hay diferencias genitales que pongan en duda el registro del sexo, es por ello que sus problemas tienen inicio cuando estas personas comienzan a identificarse con el sexo "opuesto".

tienen las manos chicas" que puede ser una realidad común pero, sin duda, no absoluta. Asimismo, las cirugías por las que pasó Ale, la primera porque tenía un clítoris "muy grande", la segunda porque "debía tener una vagina para albergar un pene" y la tercera, porque "las mujeres deben orinar sentadas". Estos hechos nos invitan a la reflexión, ¿todas las mujeres quieren/deben ser penetradas? ¿los hombres que por alguna razón no pueden orinar de pie dejan de serlo? ¿una mujer con dimensiones corporales más grandes que la mujer "promedio" es menos mujer? ¿antes que hombres y mujeres, no somos seres humanos y, por tanto, merecedores de respeto?

Hace unos años, Andrés Rivera pronuncia una célebre frase respecto de las personas trans, pero que aplica perfectamente a la realidad intersex: "No nacemos en un cuerpo equivocado, sino en una sociedad equivocada" (INDH, 2011, s.p.).

5.8. ¿Atisbos de cambio de paradigma en los profesionales de la salud en Chile?

El trabajo de Andrés Rivera y de muchos otros defensores de derechos humanos alrededor del mundo, muestra que los paradigmas y todo lo que sustentan, pueden cambiar. Así es como el protocolo bajo el cual Rivera fue vejado en el SML - luego de muchas reuniones conjuntas entre dicho Servicio y la sociedad civil - fue cambiado por orden de su Director Nacional, el doctor Patricio Bustos, quien además pidió perdón a Andrés a nombre de la institución. Así nace, la segunda política pública de la que hablamos en el punto 5.4. (Ordinario Circular N° 1297).

En lo que respecta a las personas intersex dicho cambio de paradigma parece mucho más complicado, de hecho una revisión de la bibliografía médica sobre la intersexualidad (a la que refieren generalmente como sexo ambiguo o genitales ambiguos) revela que los criterios de la medicina chilena son los mismos que revisamos en el capítulo 3, especialmente en lo que refiere a la emergencia, al tamaño de los genitales y sobre todo a la necesidad de intervenir quirúrgicamente por la angustia de los padres y la sociedad (Hübner et al., 2005; Ugarte & Sepúlveda, 2007; Youlton, 2007). Así, en el marco del progresivo avance y crecimiento del activismo intersex y de las múltiples denuncias sobre los tratamientos médicos hacia personas intersexuales – especialmente bebés – que han tenido lugar desde los años 90, no ha habido grandes reacciones en la comunidad médica chilena ni en el Estado, sin embargo, existen dos publicaciones de especialistas del mundo de la salud publicadas en Chile que vale la pena destacar, pues parecen entregar un considerable halo de esperanza.

El primero de ellos fue publicado en la Revista de Psicología de la Universidad de Chile y se titula "El trastorno por estrés postraumático (PTSD) de larga duración como resultado de la cirugía genital de los menores". En él, Boyle (2002) reafirma lo que ya deja en claro en su título, afirmando que: "la evidencia ahora indica que la gran mayoría de las víctimas adultas rechazan lo que se les ha hecho cuando eran niños [...] Muchos de estos individuos parecen sufrir PTSD a largo plazo" (p. 20). Y en una aseveración bastante adelantada a la realidad chilena de la época, indica que "el corte genital impuesto en menores viola claramente los derechos humanos de los niños, reduce inevitablemente la capacidad para el placer y el orgasmo sexuales, quita capacidad reproductiva (e.g., en casos de castración), y causa a menudo el estrés psicológico de por vida" (p. 21). Ante esto, el autor recomienda la posposición de la cirugía hasta que su destinatario alcance la adultez y haya emergido su identidad de género, elementos con los que entregar o no su consentimiento informado. Con todos estos elementos, finalmente Boyle sentencia que "es hora de llamar a un alto mundial a todas las formas de corte genital. La cirugía genital involuntaria, irreversible, impulsada en los infantes y los niños tiene a menudo efectos dañinos a largo plazo en la salud mental" (p. 21).

Por otro lado, el segundo documento y el más esperanzador data de 2007 y proviene de un cirujano infantil chileno, el doctor Mario Varela, quien publica un interesante artículo en Acta Médica, la revista científica de la Clínica Santa María, y que lleva por nombre "Trastornos de la diferenciación sexual e identidad de género" (2007). En ella, el doctor Varela reconoce que si bien se tiene conocimientos respecto del origen y diagnóstico de las manifestaciones de la intersexualidad⁹⁷, "no está todo tan claro como para tener total certeza en la decisión de asignar, y está claro que los errores en este proceso de diferenciación crean en estos pacientes un terreno propicio para el desarrollo de alteraciones psicosexuales y psicosociales" (p. 33), en otros términos: "no hay un algoritmo totalmente satisfactorio para asignar el sexo" (p. 34). Por tal motivo, el especialista determina que lo prudente es no apresurarse, para evitar errores que se manifestarán en el futuro de la vida de la persona en cuestión "con la expresión de un género discordante" (pp. 33-34). Por lo demás, insta a un seguimiento y control clínico integral (y que por tanto, sobrepase lo estrictamente médico y quirúrgico), considerando también los aspectos

⁹⁷ El profesional usa los términos trastornos o alteraciones de la diferenciación sexual, efectivamente reproduciendo el lenguaje médico predominante, sin embargo, más allá de estos términos patológicos su aporte apunta en otro sentido.

psicológicos pues según reporta: “muchas veces la función sexual y la fertilidad son menos significativas para el niño que la percepción de su identidad de género” (p. 34).

Varela llama a un cambio de los "paradigmas tradicionales" en torno a la atención a los recién nacidos intersex, entre los que enumera la urgencia (de diagnóstico y asignación), el basarse en el tamaño fálico, "sobrevalorar la fertilidad en la decisión" y "el potencial cosmético con el plan de reconstrucción genital" (p. 34). Así es como el doctor rescata dos opiniones: la primera es "no remover ninguna estructura que el niño pudiera desear más adelante" (p. 34), mientras que la segunda trata sobre la "flexibilidad en las decisiones considerando que es más fácil diferir que deshacer las reconstrucciones genitales" (p. 34). Y va aún más allá pues rescata - quizás sin siquiera saberlo - lo que el mundo intersex y el de los derechos humanos manifiesta hace años: "definir el sexo a asignar basándose en el sexo genético, en la apariencia externa de los genitales, el potencial de fertilidad, normas sociales o el deseo de los padres es insatisfactorio" (p. 34). ¿Por qué? pues porque según destaca, lo importante en cada niño es su propia identidad de género. ¿Cómo respetarla entonces? El doctor propone un tiempo de espera y una "asignación provisoria informada" (p. 34).

Todo lo ya expuesto del trabajo de Mario Varela resulta sorprendente proviniendo de un profesional de la medicina y específicamente la cirugía pediátrica, sin embargo, el especialista toma su llamado a la integralidad de forma aún más muy seria pues además nos entrega una poderosa reflexión que no podemos dejar de mencionar por ser de las pocas en su estilo existentes en el mundo:

Como médicos actuamos conforme a nuestra ética, aplicamos la ciencia para resolver un problema de un ser humano. Pero nuestra falla ha sido olvidar que el ser humano es individual e integral [...] Sobrevaloramos nuestra capacidad de decidir frente a un RN⁹⁸ con una ambigüedad genital, apoyándonos en la decisión de un equipo y en estudios complementarios que creíamos suficientes, pero que no lo eran. Olvidamos que éste dependía de muchos otros factores, y no sólo de sus genitales o de su crianza [...] La conducta deriva de decisiones producto de nuestro estudio, experiencia lograda en años, de antecedentes obtenidos de revisiones bibliográficas, y de un sin número de paradigmas que yacen en nuestro subconsciente y que nos han llevado en

⁹⁸ Abreviación médica para referirse a un recién nacido (RN).

algunos pacientes a resultados insatisfactorios. Hemos tenido que resolver una asignación errada concluyendo que "la reasignación es un complejo proceso que ojalá pudiéramos evitar" (p. 36).

Por último, el doctor testimonia la necesidad de un tiempo de espera a obtener mediante la educación a todo nivel (salud, familia, sociedad, poder) que promueva un cambio legislativo que en sus palabras proporcione un "espacio social" para los pacientes en cuestión. "Espacio que podríamos denominar ¿'Asignación transitoria de sexo'?" (p. 36).

Respecto al poderoso aporte de las reflexiones y conclusiones del doctor Mario Varela, sólo queda añadir que así como cabe la posibilidad de que el niño, niña o adolescente entregue su consentimiento informado al crecer, también puede ocurrir lo contrario, queriendo mantener su cuerpo intacto y libre de toda intervención médica.

Así, luego de un extenso trabajo y de haber revisado ampliamente la temática, estamos en condiciones de pasar a enunciar una serie de recomendaciones que guíen el actuar de Chile y finalizar con algunas precisiones y reflexiones importantes.

5.9. Medidas urgentes a tomar en Chile

En base a todos los elementos expuestos en este trabajo exploratorio se ha elaborado una serie de recomendaciones de carácter urgente:

1. Dejar de interpretar los nacimientos intersex como una emergencia médica, reconociendo que las diferencias biológicas y/o la diversidad corporal son absolutamente normales (no hay dos personas iguales en el mundo), y que no representan *per se* un peligro para la salud de las personas. Esto consiste básicamente en resituar la urgencia que se la ha atribuido tradicionalmente a los nacimientos intersex, y llevarla al resguardo de niños, niñas y adolescentes titulares de derechos humanos y cuya protección garantiza un buen camino hacia la adultez.
2. Detener en forma inmediata las cirugías cosméticas mutilantes, irreversibles y no consentidas que buscan "normalizar" los cuerpos de las personas intersex o que conformen los estándares médicos que definen los límites de lo masculino y lo femenino, en resguardo de su integridad física y autonomía corporal. Al mismo tiempo detener los tratamientos frecuentemente asociados, tales como la hormonoterapia y la constante revisión genital, que a menudo incluye la toma de

fotografías (de médicos, enfermeras, practicantes de dichas carreras, entre otros), y dejarlos actuar sólo en la medida que sean vitales para la persona en cuestión. Una forma de asegurar el cumplimiento de esta recomendación es seguir el ejemplo de Malta definiendo y protegiendo las características sexuales en el marco de una ley - así como la Ley Integral de Protección de la Infancia que será próximamente enviada al Congreso - y además incluir la diversidad corporal o la intersexualidad en las categorías protegidas por la ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación. Al mismo tiempo, establecer un protocolo de atención a niños, niñas y adolescentes intersex en el Ministerio de Salud, que asegure que sus derechos fundamentales serán respetados y que sólo se intervendrá cuando producto de sus diferencias corporales su vida esté en peligro.

3. "Asignar" un sexo - registralmente hablando - en base a las "mejores expectativas", a efectos de inscribir al recién nacido en el Registro Civil. Efectivamente el registro en el documento - por difícil que sea - se puede modificar, pero no así el "registro en el cuerpo" vía quirúrgica. Sobre este punto hay que destacar la importancia de la aprobación del proyecto de Ley de Identidad de Género que se tramita actualmente en el Congreso, ya que con él se podría brindar también una solución a aquellas personas intersex cuyo sexo registral asignado no coincida con su identidad de género.
4. Asegurar procesos de autonomía decisional y consentimiento informado del paciente, con pleno acceso de éste (de acuerdo a su crecimiento) y sus familiares a amplia información, asesoramiento y atención, en un lenguaje claro, respetuoso y no estigmatizante. Dicha información debe ser completa y actualizada, y dejar en claro que la intersexualidad no supone necesariamente un riesgo para la salud humana. Esto implica también asegurar que las personas intersex tengan completo acceso a sus fichas clínicas e historiales médicos. Es necesario acabar con el secreto y la vergüenza en torno a los nacimientos intersex.
5. Crear un Programa específico para personas intersex dependiente del Departamento de Ciclo Vital del Ministerio de Salud de Chile, que cumpla las funciones de observación, monitoreo y aplicabilidad de prácticas institucionales de manejo de la intersexualidad y del cumplimiento de estas recomendaciones.
6. Crear un sistema de registro y estadística de personas intersex que contribuya a generar una base de datos históricos y actuales, sobre el tratamiento, evolución y situación de éstas. Toda

esta información debe ser resguardada como dato sensible en los términos que establecen la ley 19.628 sobre protección de la vida privada (art. 2°, letra g) y la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (art. 12°, inc. 2°).

7. Crear grupos específicos para padres o tutores de niños, niñas y adolescentes intersex que perduren en el tiempo y que estén integrados por psicólogos/as con experticia en el tema, con la presencia de personas intersex adultas y con expertos en derechos humanos. Ello no sólo contribuye a tranquilizar a padres o tutores, y a entregar un adecuado seguimiento médico, sino también a retroalimentar a los profesionales del área de la salud sobre buenas prácticas y/o formas de contribuir a la desestigmatización de las personas intersex.
8. Utilizar en todo instrumento y declaración pública del Gobierno - especialmente del Ministerio de Salud - destinados a las personas intersex, un lenguaje respetuoso, no estigmatizante y con enfoque de derechos humanos. Entendiendo dicho enfoque como el cumplimiento de todas las obligaciones adquiridas por Chile en materia de derechos humanos, que en este caso, supone - por ejemplo - el igualar los derechos de las personas intersex a los del resto, en atención al principio de no discriminación presente en todos los tratados de derechos humanos ratificados por Chile.
9. Capacitar, en primer lugar, a los profesionales del área de la salud respecto de la temática intersex, y de los estándares de derechos humanos en la materia, para contribuir con ello a la destrucción de prejuicios sociales basados en la ignorancia. Para luego hacerlo también con todos los profesionales de la Administración Pública. La comprensión de la intersexualidad como una realidad inherente a la diversidad humana natural, abre la puerta a entender muchos otros tipos de diversidades y diferencias, incentivando así el respeto por toda persona que se dirija a un servicio público.
10. Emitir una declaración pública desde el Ministerio de Salud reconociendo los errores detrás de los estándares de tratamiento médicos imperantes hasta hoy, como una forma de reparación inicial a todas aquellas personas intersex que han sido intervenidas innecesariamente en Chile, y para garantizar que esta situación no se repetirá.
11. Integrar en las mallas curriculares del sistema de educación básico, medio y de todas las carreras universitarias, pero especialmente de algunas estratégicas como Administración Pública,

Derecho, Medicina, Enfermería, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, entre otras, cursos de derechos humanos con un especial enfoque en las "minorías", como una forma de sensibilizar a quienes el día de mañana se verán frente a una de estas personas, y que al ser conscientes de sus necesidades las respetarán y apoyarán.

12. Incentivar desde la Academia, la realización de investigaciones de derechos humanos en torno a las personas más necesitadas de protección, especialmente los niños, niñas y adolescentes intersex. Todos tenemos una responsabilidad como miembros de la sociedad de fomentar el respeto los unos por los otros, sobre todo de aquellos más vulnerables.

PRECISIONES FINALES

Al inicio del capítulo 5 se habló de las limitaciones advertidas al inicio de este trabajo de investigación, asimismo en el transcurso de éste se informó que desde hace algunos años el defensor de derechos humanos Andrés Rivera ha estado denunciando ante organismos internacionales – como la OEA y la ONU – la desprotección en la que viven en Chile las personas trans e intersex. En este contexto, el autor de esta investigación comienza un trabajo conjunto con Rivera en 2014, traducido en una consultoría prestada en base a la información recopilada de este proceso investigativo.

Los primeros pasos de ésta dieron cuenta de una ignorancia total sobre el tema en el Ministerio de Salud y el Gobierno de Chile en general, en el mundo académico relacionado a los derechos humanos e incluso en las organizaciones de la llamada "diversidad sexual". Por ello, los principales esfuerzos se han concentrado en visibilizar esta realidad - especialmente de recién nacidos - en diversas instancias. Entre las principales actividades llevadas a cabo en este contexto podemos señalar las que siguen.

El 10 de octubre de 2014, y como primer paso, se sostiene una reunión con doña Raquel Child, asesora y miembro del gabinete de la ex Ministra de Salud, Helia Molina, y de la actual Ministra de Salud, Carmen Castillo. En ella se le informa sobre la situación de las personas intersex y se le ofrece la elaboración de una propuesta de protocolo de atención a niños, niñas y adolescentes intersex para el Ministerio de Salud, que guíe a todos los servicios de salud del país. El 18 de noviembre del mismo año,

la reunión es con Estela Ortiz, Secretaria Ejecutiva del recientemente creado Consejo Nacional de la Infancia, a quién se le entrega un panorama de la situación de desprotección de NNA intersex. Finalmente, el 24 de noviembre se sostiene un encuentro con Rose Marie Belle-Antoine, relatora país y tortura de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En esta última instancia se explica la vulnerabilidad de las personas intersex en Chile y se solicita a la CIDH, que inste al Estado chileno a detener las mutilaciones sobre estas personas y a crear un protocolo en el Ministerio de Salud que proteja sus derechos humanos, especialmente enfocado en NNA.

Por su parte, en 2015 se comienza a formar parte de la mesa técnica LGBTI del Consejo Nacional de la Infancia, instancia que pretende generar insumos para la creación de la Ley Nacional de Protección Integral de la Infancia. Se solicita detener las mutilaciones intersex y crear en el Ministerio de Salud el protocolo ya enunciado, marco en el cual se ha prestado diversos insumos emanados de este trabajo investigativo al Consejo. A continuación, el día 8 de enero, Elena Garrido Romero del Secretariado del Comité de Derechos del Niño, confirma vía correo electrónico la recepción de un informe sobre situación intersex en Chile, elaborado por quién escribe, en tanto Consultor de la temática intersex del Observatorio de Derechos Humanos y Legislación (organismo cuyo director del área de Derechos Humanos es don Andrés Rivera).

El 17 de abril, se participa de la II Jornada del Ministerio de Salud “Dialogando acerca de las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva”, en ella se da cuenta de las necesidades urgentes de las personas intersex, especialmente un protocolo que ponga fin a las mutilaciones. Por otro lado, a fines de abril se recibe una invitación para asistir al Seminario Internacional “Hacia un Estado garante de derechos para niñas, niños y adolescentes”, organizado por el Consejo Nacional de la Infancia y que se llevó a cabo los días 27 y 28 de abril. Este evento contó con la participación de la Presidenta de la República, el Presidente de la Cámara de Diputados, algunos Ministros de Estado y destacadas visitas internacionales. Entre ellas, se contaba con la presencia de Marta Santos Pais, la Representante del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, a quién se le informa sobre la urgente necesidad de proteger a las personas intersex de tratamientos que violentan sus derechos fundamentales.

Recientemente se ha conversado también con el principal redactor del proyecto de ley integral de protección de la infancia, el profesor Miguel Cillero, a quién se ha informado de la realidad intersex y con quién prontamente se sostendrá una reunión a efectos de contemplar en dicha ley esta realidad. Y finalmente, el día 24 de junio se lleva a cabo la acción de visibilización y defensa de las personas intersex más importante en el marco de esta tesis. Se trata de una reunión con la Ministra de Salud, Carmen Castillo, y su equipo, en la que junto a Andrés Rivera, se entrega la propuesta de protocolo de atención integral a niños, niñas y adolescentes intersex, con enfoque en derechos humanos, expuesta por quién escribe y que emana directamente del aprendizaje y las conclusiones de este trabajo de investigación, y corresponde al que el Estado chileno aludió ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en junio pasado en Ginebra.

REFLEXIONES FINALES

Por lo general, hasta aquí cuando se ha hablado de intersexualidad (en organismos internacionales, sociedad civil, Gobiernos) se ha hecho como parte de la sigla LGBTI, no obstante, la "I" no sólo queda al último en ella sino que también en la realidad pues sólo se habla de orientación sexual (LGB) y de identidad de género (T), rara vez se ha hecho de diversidad corporal. Malta (características sexuales) y la CIDH (diversidad corporal) son buenos ejemplos de las contadas e incipientes excepciones. Es por este motivo fundamental que este trabajo se ha querido enfocar estrictamente en las personas intersex, en la última letra, haciendo solo breves menciones a otras realidades como la trans. Se ha pretendido dar, por medio de este trabajo, cabida a una recopilación importante e inédita de información sobre estas personas, por eso en el capítulo 4 se habla recurrentemente de menciones específicas a la intersexualidad y no de menciones generales del tipo LGBTI, que abundan y que a la vez han invisibilizado esta realidad y diluido sus demandas.

Asimismo, cabe señalar que a lo largo de esta investigación se ha utilizado las expresiones 'personas intersex' y 'niños (o NNA) intersex', y que si bien se ha manifestado especial atención y preocupación respecto de los neonatos pues es en el momento mismo de nacer cuando suelen partir las violaciones a sus derechos humanos, los adultos intersex tienen igual necesidad de atención y protección, dado que al reconocer la existencia de adultos intersex, se reconocerá al mismo tiempo la existencia de NNA intersex y viceversa. Urge adoptar medidas de protección de aquellas personas que producto de su corta edad aun ni siquiera pueden hablar para intentar defender sus derechos, sin embargo, igualmente para aquellos

que son mayores pues la sensibilización y protección de ambas realidades es interdependiente e indivisible.

Respecto de la medicina, y del mundo de la salud en general, se ha tenido la posibilidad de conversar con diversos/as profesionales, muchos de los cuales han reconocido la necesidad de cambios, sin embargo, no todos lo ven de la misma forma, especialmente quienes llevan décadas en la profesión. No cabe la menor duda de que los médicos tienen las mejores intenciones, sin embargo, deben recordar tres cosas. La primera es que intención no equivale necesariamente a resultados, la segunda, es que pese a su enorme especialidad son humanos cuyo conocimiento ha sido construido por más humanos. Como tal, cabe la posibilidad de equivocarse. La medicina debe entender que temas como la intersexualidad no son un terreno exclusivo de tratamiento médico sino que la presencia de especialistas en derechos humanos es fundamental en temas que revisten enormes complejidades éticas. Y tercero: ningún médico en el mundo puede predecir la orientación sexual y la identidad de género de un recién nacido, por tanto, llevar a cabo tratamientos cuyos esfuerzos se enfocan en la linealidad de estos elementos con la biología son un sinsentido. Durante años se consideró válido - y aun en algunas partes del mundo - someter a gays a terapias de electroshock para "repararlos" o "sanarlos", y a lesbianas a violaciones con el mismo fin, "hacerlas mujeres". Estas terapias reparativas así como las psicológicas de "conversión" son ampliamente rechazadas en la actualidad y recordadas como aberrantes violaciones a los derechos humanos, por tanto, como errores. Los elementos expuestos en este trabajo pudieran apuntar a que los tratamientos quirúrgico-hormonales y asociados que pretenden "corregir" o "normalizar" a las personas intersex pasarán a la historia de la misma forma que los anteriormente mencionados.

Ahora, respecto de padres, tutores y/o familiares de niños intersex - y a riesgo de parecer poco académico - se quiere hacer alusión al amor, ya que si bien puede ser algo subjetivo, es un sentimiento universal y por ende conocido por todo ser humano en mayor o menor medida, independientemente de su afiliación política, religión, nacionalidad, etc. El consejo más importante que pueden recibir es amar a sus hijos en su bella diferencia y quitar la excesiva atención al área sexo-genital porque es sólo una más de las miles de áreas que conforman al ser humano. Efectivamente estamos en una sociedad en donde los roles hombre/mujer están muy marcados y lamentablemente suelen ser importantes, sin embargo, no hay que perder de vista que hay elementos muchísimo más importantes como el corazón. Del mismo modo, cada miembro de la sociedad debe revisar de qué manera está aportando a eliminar prejuicios o a perpetuarlos, ¿qué hacemos cuando oímos algún chiste alusivo a las "minorías"? ¿qué términos

usamos al conversar con los niños? ¿"correr como niña"? ¿"los niños no lloran"? ¿aprender a ser "bien hombrecito" y "bien mujercita", o a ser "bien humanos"? La "normalización" quirúrgica de la diversidad corporal es la estigmatización de la diferencia, y la perpetuación de ese tipo de creencias y lenguaje también lo es. ¿Qué es más importante, un niño sano o uno sin diferencias que pudieran inquietar a un adulto? ¿qué mensaje le queremos entregar a los más pequeños? ¿contribuye éste a construir un mundo mejor y más respetuoso? ¿será más importante entregarles un mensaje de amor y aceptación para que al aprender a amarse a sí mismos en su diferencia aprendan también a amar al resto en la suya? Eso es algo que la consciencia de cada quién determinará.

Pasando a otra reflexión, hay algunas dimensiones de la temática intersex de las que no se pudo hablar en este trabajo por razones evidentes. Algunas de ellas son el tratamiento prenatal que consiste en el suministro de medicamentos como la dexametasona a los fetos "sospechosos" de poder desarrollarse como intersex y de cuyas consecuencias sobre éste y la madre no se tiene seguridad absoluta. En este mismo sentido, queda pendiente hablar del aborto selectivo, pues muchas veces apunta a los fetos intersex. Queda también pendiente hablar de la realidad intersex en el mundo del deporte, casos como el de Maria Patiño, Stella Walsh, Caster Semenya, Edinanci Silva y tantos otros excelentes deportistas que por sus diferencias corporales intersex han sido públicamente humillados, desacreditados, sancionados, se les han quitado trofeos, auspicios y se ha destruido vidas dedicadas por años al deporte, sólo porque sus cuerpos no cumplen con las discriminatorias y cuestionadas reglas de género del Comité Olímpico Internacional.

Resulta interesante también lanzar como desafío la investigación de la intersexualidad a la luz de la condición de pobreza, que según ya adelantan textos como Cabral (2009) desplaza a la condición de intersexualidad lo que genera aun más violaciones a los derechos humanos por tratarse de una persona pobre, proveniente de familias con poca educación y que "no van a entender lo que el médico diga", y a la luz de las consecuencias económicas porque realizar una operación no consentida y siete para intentar "deshacer" la primera (al alcanzar consciencia sobre la situación) es muchísimo más caro en todo sentido que realizar una sola con consentimiento. Siguiendo el camino de los desafíos, sería interesante investigar las implicaciones de eventuales cambios lingüísticos en nuestro tan "generizado" idioma español a la luz de recientes cambios en el idioma sueco, en donde se ha agregado un pronombre neutro (hen) para contribuir a la igualdad de género muchas veces coartada al hablar en determinados contextos de él (han) o ella (hon).

Este largo trabajo no ha pretendido buscar verdades, ni crear nuevas categorías como un "tercer sexo" pues eso implicaría nuevos encasillamientos y eventuales exclusiones. Lo que sí ha pretendido es constatar hechos y realidades que son ampliamente ignorados por las autoridades y por la población en general y recordar al lector que cada ser humano en el mundo es único. No se ha querido determinar lo que es correcto o no, sino que se ha pretendido oír, en la medida de lo posible, la voz de quienes durante décadas no han sido oídos ni respetados. Sin ese afán de buscar una verdad como el "sexo verdadero", se ha encontrado una y probablemente la más grande e importante de todas: la diversidad humana es una realidad natural, la más tangible de todas y como tal debemos respetarla.

LISTA DE REFERENCIAS

Libros

Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Cabral, Mauro (Ed.) (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarrés Editorial.

Chiland, Colette (2003). *"Le transsexualisme"*. Paris: Presses Universitaires de France.

Colapinto, John (2000). *As nature made him: the boy who was raised as a girl*. Nueva York: HarperCollins.

Dreger, Alice (1998). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Dreger, Alice (1999). *Intersex in the age of ethics*. Hagerstown, Maryland: University Publishing Group

Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Traducción de Ambrosio García Leal. Barcelona: Editorial Melusina.

Foucault, Michel (1977). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Traducción de Ulises Guñazú. México D.F.: Siglo XXI Editores.

- García, Daniel (Ed.) (2015). *Sobre el derecho de los hermafroditas*. España: Editorial Melusina.
- Gauché, Ximena (2011). *Sexualidad diversa y discriminación. Una mirada desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Hübner, María; Ramírez, Rodrigo & Nazer, Julio (Eds.) (2005). *Malformaciones congénitas. Diagnóstico y manejo neonatal*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Nash, Claudio (2012). *Derecho Internacional de los Derechos Humanos en Chile. Recepción y aplicación en el ámbito interno*. Santiago de Chile: Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2014). *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*. Nueva York & Ginebra: Naciones Unidas.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2012). *Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York & Ginebra: Naciones Unidas.
- Preciado, Beatriz (2011). *Manifiesto contrasexual*. Traducción de Julio Díaz y Carolina Meloni. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Romero, Carmen; García, Silvia y Bagueiras, Carlos(Eds.) (2005). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Schutt-Aine, Jessie & Maddaleno, Matilde (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Solari, Alberto (2007). *Genética humana: fundamentos y aplicaciones en medicina*. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Sytsma, Sharon (Ed.) (2006). *Ethicsan Intersex*, Dordrecht: Springer.

Capítulos de libros

Cabral, Mauro (2003). Pensar la intersexualidad, hoy. En: Maffia, Diana (Ed.). *Sexualidades migrantes, género y Transgénero* (pp. 117-126). Buenos Aires: Editorial Feminaria.

Chase, Cheryl (1998). Affronting Reasons. En: Atkins, Dawn (Ed.). *Looking queer: body image and identity in lesbian, gay and transgender communities* (pp. 205-219). New York & London: The Haworth Press.

Chase, Cheryl (2005). Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual. En: Romero, Carmen; García, Silvia y Bargueiras, Carlos (Eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer* (pp. 87-108). Madrid: Traficantes de Sueños.

Cooper, Ken (2009). Social work practice with transgender and gender variant youth and their families. En: Mallon, Gerald (Ed.). *Social work practice with transgender and gender variant youth. Second Edition* (pp. 122-138). New York: Routledge.

Fernández, Antonio (2015). Para una genealogía de la policía del cuerpo sexual. En: Espina, Ángel; Bonatto, Antônio y Gomes, Mário (Eds.). *Cuerpo, espacio y cultura en Iberoamérica* (pp. 413-420). Salamanca: Instituto de Investigaciones Antropológicas de Castilla y León.

Foucault, Michel (2007). El sexo verdadero. En: Serrano, Antonio (Selección y traducción). *Herculine Barbin llamada Alexina B.* (pp. 11-20). Madrid: Talasa Ediciones.

García, Silvia; Romero, Carmen & Ortega, Esther (2007). Cossos insubmissos i mutilació genital: La regulació tecno-mèdica dels cossos sexuats. En: Armengol, J. M. (Coord.). *Masculinitats per al segle XXI* (pp. 35-45). Barcelona: CEDIC.

Rubin, Miri (1994). The person in the form: medieval challenges to bodily 'order'. En: Kay, Sarah & Rubin, Miri (Eds.) *Framing medieval bodies* (pp. 100-122). Manchester & New York: Manchester University Press.

Vásquez, Francisco (1999). La imposible fusión. Claves para una genealogía del cuerpo andrógino. En: Romero, Diego; Bosco, Juan & López, Jorge (Eds.). *Variaciones sobre el cuerpo* (pp. 217-236). Madrid: Editorial Universidad de Sevilla.

Youlton, Ronald (2005). Sexo ambiguo. En: Hübner, María; Ramírez, Rodrigo & Nazer, Julio (Eds.) *Malformaciones congénitas. Diagnóstico y manejo neonatal* (pp. 401-412). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Artículos

Aboff, Alisa (2011). Protecting the rights of the intersex newborn. *Dialogue@RU. A journal of undergraduate research*, vol. 7: 3-15. Disponible en: <http://dialogues.rutgers.edu/all-journals/volume-7/ethics/3-protecting-the-rights-of-the-intersex-newborn>

Agramonte, Adriana (2008). Intersexualidad y estigma social. *Revista Sexología y Sociedad*, vol. 14, n. 37: 18-23. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/353/406>

Agramonte, Adriana (septiembre – diciembre, 2006). Tratamiento quirúrgico de los genitales ambiguos: fundamentos e implicaciones psicológicas y sexuales. *Revista Cubana de Endocrinología*, vol. 17, n. 3:0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000300004

Agramonte, Adriana; Ledón, Loraine; Fabr , Bárbara; Carvajal, Francisco; Espinosa, Tania; González, Pedro & Montesino, Teresa (2011). Impacto sexual, psicosocial y quirúrgico de la cirugía genital en personas diagnosticadas de genitales ambiguos. *Boletín CNSCS*, n. 2: 1-17. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2011/06/respubno2-2011adriana-agramonte.pdf>

Agramonte, Adriana; Ledón, Loraine; Fabr , Bárbara; Espinosa, Tania; González, Pedro; Carvajal, Francisco;... Díaz, Angelina (septiembre – diciembre, 2010). Intersexualidad, necesidad del cambio en el paradigma de atención. *Revista Cubana de Endocrinología*, vol. 21, n. 3: 307-322. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v21n3/end05310.pdf>

- Alemán, Rebeca; Céspedes, Luis; Fernández, Roxana; Herrera, Ariel; Sánchez, Natalia; Solar, Thania & Soto, Mauricio (2013). Desórdenes del desarrollo sexual y cirugía correctiva. *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 30, n. 2: 58-77. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n2/art08v30n2.pdf>
- Aliabadi, Sara A. (2004). Gender assignment surgery for intersexed infants: how the substantive due process right to privacy both supports and opposes a moratorium. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*, vol. 12, n. 1: 170-196. Disponible en: <http://scholarship.law.wm.edu/studentpubs/8/>
- Ávila F. & Ávila C. (2010). El concepto de biopolítica en Michel Foucault. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, n. 69: 1-6. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila69.pdf>
- Beh, Hazel & Diamond, Milton (2000). An emerging ethical and medical dilemma: should physicians perform sex assignment on infants with ambiguous genitalia? *Michigan Journal of Gender & Law*, vol. 7, n. 1: 1-63. Disponible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1444561
- Boesten, Jelke (2010). Inequality, normative violence and livable life. Judith Butler and peruvian reality. *POLIS Working Papers*, Working Paper n. 1: 1-22. Disponible en: <http://www.polis.leeds.ac.uk/assets/files/research/working-papers/working-paper-no1-2010.pdf>
- Boyle, Gregory J. (2002). El trastorno por estrés postraumático (Ptds) de larga duración como resultado de la cirugía genital de los menores. *Revista de Psicología*, vol. 11, n. 1: 17-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26411103.pdf>
- Brossi, Lionel; Landa, María Inés & Ortíz de Zarate, Amalia (2012). The intersex movement: empowering through new technologies. *International Journal of Humanities and Social Science*, vol. 2, n. 22: 64-75. Disponible en: http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_2_No_22_Special_Issue_November_2012/7.pdf
- Brousselle, André (2014). Le sexe et le genre: la différence anatomique des sexes entre réalité déniée et réalité augmentée. *Adolescence*, T. 32, n. 1: 181-197. Disponible en: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ADO_087_0181

- Butler, Judith (2003). Violencia, luto y política. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, n. 17: 82-99.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/509/50901711.pdf>
- Cabral, Mauro & Benzur, Gabriel (enero – junio, 2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, n. 24: 283-304. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a13.pdf>
- Cáceres, Carlos; Talavera, Víctor & Mazín, Rafael (octubre – diciembre, 2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 30, n. 4: 698-704.
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a26v30n4.pdf>
- Caetano, Henrique; Raupp, Roger & Machado, Paula (2012). Diversidade sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. *Athenea Digital*, vol. 12, n. 3: 255-266. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/537/53724611016.pdf>
- Carrillo, Salvador (2005). Estados intersexuales. Genitales ambiguos. *MediSur*, vol. 3, n. 5: 54-58.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180019795010.pdf>
- Chiland, Colette (2014). La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*, T. 32, n. 1: 165-179. Disponible en: https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ADO_087_0165
- Chiland, Colette (2011). Les mots et les réalités. *L'information psychiatrique*, vol. 87: 261-267. Disponible en: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-4-page-261.htm>
- Diamond, Milton (2006). Biased-interaction theory of psychosexual development: "how does one know if one is male or female?" *Sex Roles*, n. 55: 589-600. Disponible en: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2006-biased-interaction.html>
- Diamond, Milton (2011). Developmental, sexual and reproductive neuroendocrinology: historical, clinical and ethical considerations. *Frontiers in Neuroendocrinology*, vol. 32, n. 2: 255-263. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2011-ethical-considerations.html>

- Diamond, Milton (2009). Human intersexuality: difference or disorder? (carta al editor). *Archives of Sexual Behavior*, vol. 38, n. 2: 172. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2009-human-sexuality-difference-or-disorder.html>
- Diamond, Milton (2010). Intersexuality (Originalmente en: Human sexuality: an encyclopedia). *Pacific Center for Sex and Society*. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html> (último acceso: 14 junio, 2015).
- Diamond, Milton (1999). Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. *The Journal of Urology*, vol. 162, n. 3: 1021-1028. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/1961to1999/1999-pediatric-management.html>
- Diamond, Milton & Beh, Hazel (2008). Changes in the management of children with intersex conditions. *Nature Clinical Practice, Endocrinology & Metabolism*, vol. 4, n. 1: 4-5. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2008-changes-in-management.html>
- Diamond, Milton & Beh, Hazel (2006). Variations of sex development instead of disorders of sex development (carta al editor). *Archives of Disease in Childhood*. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2006-variations.html>
- Diamond, Milton & Garland, Jameson (2014). Evidence regarding cosmetic and medically unnecessary surgery on infants. *Journal of Pediatric Urology*, vol. 10, n. 1: 2-6. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2013-evidence.html>
- Diamond, Milton & Sigmundson, H. Keith (1997a). Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 151: 1046-1050. Disponible en: <http://www.isna.org/library/ManagementofIntersex.pdf>
- Diamond, Milton & Sigmundson, H. Keith (1997b). Sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 151, n. 3: 298-304. Disponible en: <http://web.missouri.edu/~segerti/2210/Diamond.pdf>
- Dorlin, Elsa (2005/2). Sexe, genre et intersexualité: La crise comme régime théorique. *Raisons Politiques*, n. 18: 117-137. Disponible en: <http://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2005-2.htm>

- Ehrenreich, Nancy & Barr, Mark (2005). Intersex surgery, female genital cutting, and the selective condemnation of “cultural practices”. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, vol. 40, n. 1: 71-140. Disponible en: http://www.law.harvard.edu/students/orgs/crcl/vol40_1/ehrenreich.pdf
- Escabí-Montalbo, Aracelis & Toro-Alfonso, José (2006). Cuando los cuerpos engañan: un acercamiento crítico a la categoría de la intersexualidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, n. 3: 753-772. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760314>
- Fausto-Sterling, Anne (marzo – abril, 1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Science*: 20-25. Disponible en: http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/TPB_MA_5937.pdf
- García, Daniel (marzo – agosto, 2015). La intersexualidad en el discurso médico-jurídico. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, n. 8: 54-70. Disponible en: <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/viewFile/2476/1360>
- Gauché, Ximena (2002). Temas para un derecho internacional de los derechos humanos en el siglo XXI. *Revista de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso*, n. 23: 481-500. Disponible en: <http://www.rdpucv.cl/index.php/rderecho/article/view/519/487>
- Gelfman, Ilana (2010). Because of intersex: intersexuality, title VII, and the reality of discrimination “because of... [perceived] sex”. *New York University Review of Law & Social Change*, vol. 34, n. 1: 55-122. Disponible en: <https://socialchangenyu.files.wordpress.com/2012/09/because-of-intersex.pdf>
- González, Araceli (enero – junio, 2009). Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la Intersexualidad. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, n. 40: 235-244. Disponible en: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/657/659>
- González, Patricia; Velásquez, Catalina & Duque, Sandra (2010). Problemática jurídica de los estados intersexuales. El caso colombiano. *Iatreia*, vol. 23, n. 3: 204-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180518994002.pdf>

- Gorduza, Daniela; Vidal, Isabelle; Birraux, Jacques; Gay, Claire-Lise; Deméde, Delphine; Mure, Pierre-Yves & Mouriquand, Pierre (2010). Desafíos quirúrgicos de las anomalías del desarrollo sexual. *Archivos Españoles de Urología*, vol. 63, n. 7: 495-504. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181017304003>
- Greenberg, Julie (1999). Defining male and female: intersexuality and the collision between law and biology. *Arizona Law Review*, vol. 41: 265-328. Disponible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=896307
- Greenberg, Julie (2012). Health care issues affecting people with an intersex condition or DSD: sex or disability discrimination? *Loyola of Los Angeles Law Review*, vol. 45, n. 3: 849-907. Disponible en: <http://digitalcommons.lmu.edu/llr/vol45/iss3/>
- Gregori, Nuria (enero – febrero, 2006). Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 1, n. 1: 103-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/623/62310108.pdf>
- Harris, Joseph (2005) “La force du tact”: la représentation du corps tabou dans le *Traité des Hermaphrodites* (1612) de Jacques Duval. *Cahiers de l'Association internationale des études francaises*, vol. 57: 445-460. Disponible en: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caief_0571-5865_2005_num_57_1_1592
- Hernández, Violeta (2009). Intersexualidad y práctica científicas: ¿ciencia o ficción? *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, vol. 8, n. 1: 89-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/380/38011446008.pdf>
- Hübner G., María Eugenia; Nazer H. Julio & Cifuentes O., Lucía (2001). Sexo ambiguo: prevalencia al nacimiento en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, vol. 129, n. 5: 0-0. Disponible en: <http://ref.scielo.org/fkq9tr>
- Inter, Laura & Alcántara, Eva (2015). Intersexualidad y derechos humanos. *DFensor. Revista de Derechos Humanos*, n.3, año 13: 28-32. Disponible en: http://dfensor.cdhd.org.mx/DFensor_03_2015_2.pdf

- Jorge, Juan (2010). El corpus sexual de la biomedicina. *Sexología y Sociedad*, año 16, n. 42: 22-34.
Disponible en: <https://juancarlosjorge.files.wordpress.com/2011/06/jorge-2010a.pdf>
- Jorge, Juan (septiembre – diciembre, 2011). Lecciones médicas sobre la variante sexual: los hermafroditas del siglo xvi y los intersexuales del siglo XXI. *Cuicuilco*, vol. 18, n. 52: 251-272.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304014.pdf>
- Kerry, Stephen (2009). Are you a boy or a girl? Foucault and the intersex movement. (En: "Foucault: 25 years on. A conference hosted by the Centre for Post-colonial and Globalisation Studies"). *Hawke Research Institute, University of South Australia*: 0-6. Disponible en: <http://w3.unisa.edu.au/hawkeinstitute/publications/foucault-25-years/kerry.pdf>
- Kessler, Suzanne (1997). Meanings of gender variability. Constructs of sex and gender. *Chrysalis. The Journal of Transgressive Gender Identities*, vol. 2, n. 5: 33-38. Disponible en: <http://www.isna.org/pdf/chrysalis.pdf>
- Kipnis, Kenneth & Diamond, Milton (1998). Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 9, n. 4: 398-410. Disponible en: <http://hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/1961to1999/1998-pediatric-ethics.html>
- Kogan, Terry S. (2003). Transsexuals, intersexuals and same-sex marriage. *Brigham Young University Journal of Public Law*, vol. 18, n. 2: 371-418. Disponible en: <http://digitalcommons.law.byu.edu/jpl/vol18/iss2/4/>
- Lee, Peter; Houk, Christopher; Ahmed, S. Faisal & Hughes, Ieuan (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *PEDIATRICS*, vol. 118, n. 2: 488-500. Disponible en: https://www.leichtathletik.de/fileadmin/user_upload/ImportedAttachments/Trafomat3/2012/35969_20110430053758_httppostedfile_haregulations_eng_appendix4_24297.pdf
- Leite, Jorge (mayo – agosto, 2012). Transitar para onde?: monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Revista Estudos Feministas*, vol. 20, n. 2: 559-568. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/381/38123140016.pdf>

- Löwy, Ilana (2003). Intersexe et transsexualités: les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Cahiers du genre*, n. 34: 81-104. Disponible en: <http://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2003-1-page-81.htm>
- Machado, Paula (2005a). O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomía e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, n. 24: 249-281. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a12>
- Machado, Paula (2005b). “Quimeras” da ciencia: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20, n. 59: 67-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n59/a05v2059>
- Maganto, Emilio (2007). La intervención del Dr. Francisco Díaz en el proceso inquisitorial contra Elena/o de Céspedes, una cirujana transexual condenada por la inquisición de Toledo en 1587. *Archivos Españoles de Urología*, vol. 60, n. 8: 873-886. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v60n8/historia4.pdf>
- Martínez, Ariel (2011-2012). Los cuerpos del sistema sexo/género. Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología*. Segunda época, vol. 12: 127- 144. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf
- Mejías, Yoerquis; Duany, Orgel y Taboada, Noel (julio – septiembre, 2007). Trastornos de la diferenciación sexual: presentación de un caso de genitales ambiguos y revisión del tema. *Revista Cubana de Pediatría*, vol. 79, n. 3: 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000300013
- Peidro, Santiago (2013). Dos casos de intersexualidad en el cine argentino. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 14: 66-90. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sexs/n14/a04n14.pdf>
- Pelayo, F.; Carabaño I.; Sanz, F. & La Orden, E. (julio – septiembre, 2011). Genitales ambiguos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 13, n. 51: 419-433. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n51/revision.pdf>

- Pimentel, Ricardo (enero – abril, 2012). Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicologia & Sociedade*, vol. 24, n. 1. Disponible en: <http://www.ufrgs.br/seerpsocsoc/ojs/viewissue.php?id=31>
- Pinto, Boris; Gulfo, Raisa; Mojica, María & Endo, Jennyffer (julio – diciembre, 2013). ¿Falo o Fallopio? Consentimiento informado, anatomías equívocas y divergencias del desarrollo sexual: aspectos médicos, legales y bioéticos. *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, n. 2:64-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852006.pdf>
- Preves, Sharon (2002). Sexing the intersexed: an analysis of sociocultural responses to intersexuality. *Signs*, vol. 27, n. 2: 523-556. Disponible en: <https://stjsociologyofgender.files.wordpress.com/2010/10/preves-intersexed.pdf>
- Reiner, William (1997). To be male or female - that is the question. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 151, n. 3: 224-225. Disponible en: <http://web.missouri.edu/~segerti/2210/GenderIdentity.pdf>
- Riva, Daniela & Machado, Paula (2013). “Corrigir, prevenir, fazer corpo”: a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 14: 229-241. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293328000010>
- Semler, Kaitlin (2010). Let the child decide: surgical intervention after parental consent should no longer be considered the best option for children with intersex conditions. *Student Scholarship*, Paper 16: 1-29. Disponible en: http://scholarship.shu.edu/student_scholarship/16/
- Stolke, Verena (mayo – agosto, 2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista Estudios Feministas*, vol. 12, n. 2: 77-105. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/381/38112205.pdf>
- Suess, Amets (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, n. 49: 128-143. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n49/n49a11.pdf>

- Tamar-Mattis, Anne (2013). Exceptions to the rule: curing the law's failure to protect intersex infants. *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, vol. 21, issue 1: 59-110. Disponible en: <http://scholarship.law.berkeley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1248&context=bglj>
- Tamar-Mattis, Anne (2012). Sterilization and minors with intersex conditions in California law. *California Law Review Circuit*, vol. 3: 126-135. Disponible en: <http://scholarship.law.berkeley.edu/clrcircuit/40/>
- Torrado, Amarilyn & García, Aurora (2015). Caracterización psicológica de niños y adolescentes con tratamiento quirúrgico de genitales ambiguos, mediante técnicas gráficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 18, n. 1:0-0. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art14.pdf>
- Ugarte, Francisca y Sepúlveda, Carolina (2007). Estudio del recién nacido con ambigüedad genital y gónadas palpables. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 78, n. 6: 578-583. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v78n6/art02.pdf>
- Varela, Mario (2007). Trastornos de la diferenciación sexual e identidad de género. *Acta Médica SM*, vol. 1, n. 1: 31-36. Disponible en: <http://www.clinicasantamaria-academica.cl/actamedica/vol1n12007/pdf/06varela.pdf>
- Vargas, Élidea (2013). Bases de la diferenciación sexual y aspectos éticos de los estados intersexuales. *Reflexiones*, vol. 92, n. 1: 141-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927050008>
- Vázquez, Francisco (2013). Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual. *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, vol. 5: 76-102. Disponible en: http://www.constelaciones-rtc.net/05/05_06.pdf
- Vendrell, Joan (enero – abril, 2009). ¿Corregir el cuerpo o cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género. *Sociológica*, año 24, n. 69: 61-78. Disponible en: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/6904.pdf>

Viera, Mariana (mayo – agosto, 2011). Que se enteren. Cuerpo y sexualidad en el zoom social. Sobre XXY. *Revista Estudios Feministas*, vol. 19, n. 2: 351-369. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/381/38119942003.pdf>

Youlton, Ronald (2007). El recién nacido con genitales externos ambiguos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 18, n. 4: 357-362. Disponible en: <http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/12-El%20recien-nacido.pdf>

Documentos legales

Constitución Política de la República de Chile (CPR, 1980). Disponible en: http://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf

Corte Constitucional de Colombia (CCC, 1995). Sentencia T-477/95. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-477-95.htm> (último acceso: 13 junio, 2015).

Corte Constitucional de Colombia (CCC, 1999a). Sentencia SU-337/99. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm> (último acceso: 13 junio, 2015).

Corte Constitucional de Colombia (CCC, 1999b). Sentencia T-551/99. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/t-551-99.htm> (último acceso: 13 junio, 2015).

Transgender Europe (2015). Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act (Malta). Disponible en: http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/04/Malta_GIGESC_trans_law_2015.pdf (último acceso: 29 junio, 2015).

Ley 4808 (1999). Sobre el Registro Civil Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar/index_html?idNorma=24928

Ley 20584 (2012). Que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Proyecto de Ley sobre Identidad de Género – Boletín N° 8.924-07 (2012). Que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Disponible en:

<https://leydeidentidaddegenerochile.files.wordpress.com/2012/05/proyecto-de-ley-reconoce-y-da-proteccion-a-la-identidad-de-genero.pdf>

Instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Disponible en:

<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1984). Disponible:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989). Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

Soft Law

Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU, 2015). Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género. Disponible en:

http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Documents/A_HRC_29_23_sp.doc

Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU, 2009). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Anand Grover). Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/1919651.32951736.html>

Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU, 2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Juan Méndez). Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/4970145.82157135.html>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013b). Anexo al comunicado de prensa emitido al culminar el 147 periodo de sesiones: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2013/023A.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015). Ante discriminación y vulneración de sus derechos, jóvenes LGBT e intersex necesitan reconocimiento y protección. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/049.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013c). CIDH crea relatoría sobre temas de orientación sexual, identidad y expresión de género y diversidad corporal. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2013/094.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013a). Comunicado de Prensa: CIDH culmina el 147 período de sesiones. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2013/023.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2012). Orientación sexual, identidad de género y expresión de género. Algunos términos y estándares relevantes. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/CP-CAJP-INF_166-12_esp.pdf

Comité contra la Tortura (CAT, 2011). Observaciones finales del Comité sobre el quinto informe periódico de Alemania. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/DEU/CO/5&Lang=En

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, 2014). Summary record of the 34th meeting. Disponible en:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2015%2FSR.34&Lang=en

Comité de Derechos Humanos (CCPR, 2014). Summary record of the 3069th meeting. Disponible en:

<http://daccess-ods.un.org/TMP/5132352.7097702.html>

Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2015). Observaciones finales del Comité sobre el informe inicial de Alemania. Disponible en:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/DEU/CO/1

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2015). Lista de cuestiones relativa a los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile. Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/6601975.56018829.html>

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2005). Observación general n° 7, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia.*

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2009). Observación general n° 12, sobre el derecho del niño a ser escuchado.*

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2011). Observación general n° 13, sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia.*

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2013). Observación general n° 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.*

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2013). Observación general n° 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.*

* Disponibles en: <http://unicef.cl/web/observaciones-generales-del-comite/> (último acceso: 3 julio, 2015).

Comité de los Derechos del Niño (CRC, 2015). Observaciones finales del Comité sobre los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Suiza. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/CHE/CO/2-4&Lang=En

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2011). Observaciones finales del Comité sobre los informes quinto y sexto combinados de Costa Rica. Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/1128678.02381516.html>

Consejo de Derechos Humanos (HRC, 2015). Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina (A/HRC/29/20). Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session29/Pages/ListReports.aspx>

Consejo de Europa (2014). Human Rights Comment: A boy or a girl or a person - intersex people lack recognition in Europe. Disponible en: <http://www.coe.int/hu/web/commissioner/-/a-boy-or-a-girl-or-a-person-intersex-people-lack-recognition-in-euro-1>

Consejo de Europa (2015). Human rights and intersex people. Disponible en: <http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Documents/HR%20and%20Intersex%20People%20CoE%20Commissioner%20for%20HR.pdf>

Consejo de Europa (2013). Resolución 1952. Children's right to physical integrity. Disponible en: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=20174&lang=en>

Principios de Yogyakarta (2007). Sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf

Documentos de Organismos Nacionales e Internacionales

Association Européenne pour la défense des Droits de l'Homme (Aedh, 2012). Report of the European Commission: "Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression". Disponible en:

http://www.aedh.eu/plugins/fckeditor/userfiles/file/Discriminations%20et%20droits%20des%20minorit%C3%A9s/trans_and_intersex_people_web3_en.pdf

Australian Human Rights Commission (AHRC, 2009). Surgery on intersex infants and human rights. Disponible en:

https://www.humanrights.gov.au/sites/default/files/content/genderdiversity/surgery_intersex_infants2009.pdf (último acceso: 29 junio, 2015).

Heinrich Böll Foundation (HBF, 2013). *Human Rights between the Sexes. A preliminary study on the life situations of the inter*individuals*. Por: Dan Christian Ghattas. Series on Democracy, vol. 34. Berlin: Heinrich Böll Stiftung. Disponible en: <https://www.boell.de/en/2013/10/21/human-rights-between-sexes> (último acceso: 14 junio, 2015).

Human Rights Council (HRC, 2014). 27th regular session of the Human Rights Council (8 to 26 september 2014). Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session27/Pages/27RegularSession.aspx> (último acceso: 1 junio, 2015).

Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2012). Circular 21 del Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.indh.cl/wp-content/uploads/2012/08/Circular-21.pdf> (último acceso: 7 julio, 2015).

Ministerio de Salud de Chile (2008). Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf> (último acceso: 7 julio, 2015).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2012). Guía para personal de salud sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia hacia población LGTB. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf> (último acceso: 29 junio, 2015).

Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014). Aportes para el cumplimiento de derechos humanos en la temática intersex. Disponible en: http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn22_intersex.pdf (último acceso: 29 junio, 2015).

Mulabi/Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos (s.f.). Datos básicos de la intersexualidad. Disponible en: <http://www.mulabi.org/actividades/intersexualidad.pdf>

Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD, 2012). Ordinario circular n° 1297/2012. Disponible en: <http://transexualesdechile.org/wp-content/uploads/2009/10/Ord.-Circular-1297-del-2012-Adj.-Guia-Tec.-Pericial-1.pdf>

Organisation Intersex International Australia (OII, 2014). Intersex for allies. Disponible en: <https://oii.org.au/wp-content/uploads/key/OII-Australia-Intersex-Ally.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. an interagency statement. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Sexual health, human rights and the law. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1

Parliament of Australia (2013). Second Report: Involuntary or coerced sterilisation of intersex people in Australia. Disponible en: http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Involuntary_Sterilisation/Sec_Report/index

San Francisco Human Rights Commission (SF-HRC, 2005). *A human rights investigation into the "normalization" of intersex people*. Por: Marcus de María Arana. Disponible en: <http://sf-hrc.org/reports-research-investigations> (último acceso: 14 junio, 2015).

Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics (NEK-CNE, 2012). On the management of differences of sex development. Ethical issues relating to "intersexuality". Disponible en: http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/en/NEK_Intersexualitaet_En.pdf (último acceso: 29 junio, 2015).

Otros documentos en línea

Centro de Derechos Humanos UDP (UDP, 2009). Informe Anual sobre Derechos en Chile 2009.

Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/index.php/informe-anual/repository/Informe-Anual-sobre-Derechos-Humanos-en-Chile/Informe-Anual-sobre-Derechos-Humanos-en-Chile-2009/> (último acceso: 6 julio, 2015).

Centro de Derechos Humanos UDP (UDP, 2009). Informe Anual sobre Derechos en Chile 2009.

Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/index.php/informe-anual/repository/Informe-Anual-sobre-Derechos-Humanos-en-Chile/Informe-Anual-sobre-Derechos-Humanos-en-Chile-2010/> (último acceso: 6 julio, 2015).

Pontificia Universidad Católica de Chile (2010). Organogénesis. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomia/adh/pdf/organogenesis2010.pdf>
(último acceso: 9 mayo, 2015).

Gobierno de Chile (2014 - 2018). Programa de Gobierno. Disponible en: <http://www.gob.cl/programa-de-gobierno/>

(último acceso: 30 junio, 2015).

Sitios web

Albinos Chile (s.f.). Preguntas frecuentes, ¿Quiénes pueden ser padres de un hijo albino? Disponible en:

http://www.albinoschile.cl/?page_id=123 (último acceso: 18 junio, 2015).

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2011). Mecanismos

de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Disponible en: <http://acnudh.org/2011/02/mecanismos-de-derechos-humanos-de-naciones-unidas/> (último acceso: 3 julio, 2015).

- Andalucía Diversa (2014). Cuerpos más allá de la norma: Eleno de Céspedes y Fernanda Fernández. Disponible en: <http://www.andaluciadiversa.com/blogs/descendientes-de-orce/cuerpos-mas-alla-de-la-norma-elena-de-cespedes-y-fernanda-fernandez> (último acceso: 2 junio, 2015).
- Consejo Infancia (2015). Gobierno se compromete a entregar proyecto de ley de infancia en agosto. Disponible en: <http://www.consejoinfancia.gob.cl/noticias/gobierno-se-compromete-entregar-proyecto-de-ley-de-infancia-en-agosto/> (último acceso: 7 julio, 2015).
- Consejo Infancia (s.f.). ¿Qué es el Consejo? Disponible en: <http://www.consejoinfancia.gob.cl/el-consejo/que-es-el-consejo/> (último acceso: 7 julio, 2015).
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2011). Andrés Rivera Duarte, seleccionado Premio Nacional de DDHH. Disponible en: <http://defensoresydefensoras.indh.cl/premio-nacional-de-ddhh/premio-nacional-2011/andres-ignacio-rivera-duarte/> (último acceso: 7 julio, 2015).
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH, 2014). Andrés Rivera Duarte, seleccionado Premio Nacional de DDHH. Disponible en: <http://defensoresydefensoras.indh.cl/premio-nacional-de-ddhh/premio-nacional-2014/andres-rivera-duarte/> (último acceso: 7 julio, 2015).
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA, 2013). First ever international intersex forum. Por: Valenza, Alessia. Disponible en: <http://ilga.org/first-ever-international-intersex-forum/> (último acceso: 29 junio, 2015).
- ISNA (2008). Dear ISNA friends and supporters. Disponible en: http://www.isna.org/farewell_message (último acceso: 14 junio, 2015).
- ISNA (1996b). Hermaphrodites with attitude take to the streets. Disponible en: <http://www.isna.org/books/chrysalis/beck> (último acceso: 12 junio, 2015).
- ISNA (1996c). News Release: American Academy of Pediatrics position on intersexuality. Disponible en: <http://www.isna.org/books/chrysalis/aap> (último acceso: 12 junio, 2015).
- ISNA (1998). Colombia brief en español. Disponible en: <http://www.isna.org/node/27> (último acceso: 12 junio, 2015).

ISNA (1999). Background of Colombia Decisions. Disponible en: <http://www.isna.org/node/21> (último acceso: 12 junio, 2015).

Medline Plus (2012a). Hipospadias. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001286.htm> (último acceso: 17 junio, 2015).

Medline Plus (2012b). Síndrome de Klinefelter. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000382.htm> (último acceso: 18 junio, 2015).

Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (s.f.). Principios de la Política Exterior Chilena. Disponible en: <http://www.minrel.gob.cl/minrel/site/artic/20080802/pags/20080802194424.html> (último acceso: 30 junio, 2015).

Naciones Unidas (ONU, s.f.). Día internacional de tolerancia cero con la mutilación genital femenina. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/femalegenitalmutilationday/> (último acceso: 1 junio, 2015).

Naciones Unidas (ONU, 2014). Mensaje del Secretario General con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/femalegenitalmutilationday/2014/sgmessage.shtml> (último acceso: 1 junio, 2015).

National Human Genome Research Institute (2013). Learning about Turner Syndrome. Disponible en: <https://www.genome.gov/19519119> (último acceso: 18 junio, 2015).

Nature (2015). Sex redefined. Por: Claire Ainsworth. Disponible en: <http://www.nature.com/news/sex-redefined-1.16943> (último acceso: 29 junio, 2015).

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, s.f.). *¿Qué son los derechos humanos?* Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (último acceso: 9 mayo, 2015).

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2015). Tablero interactivo sobre estado de ratificación de instrumentos internacionales de derechos humanos. Disponible en: <http://indicators.ohchr.org/> (último acceso: 1 julio, 2015).
- OII Australia (2015). Human Rights Commissioner: bodily autonomy is basic human right. Disponible en: <https://oii.org.au/29125/sogii-report-launch-2015/> (último acceso: 12 junio, 2015).
- OII Australia (2013). Paediatric surgeon Mika Venhola on intersex. Disponible en: <http://oii.org.au/7867/mika-venhola-video/> (último acceso: 10 junio, 2015).
- OII Europa (2013). Declaración pública del tercer foro intersex internacional. Disponible en: <http://oiieurope.org/es/declaracion-publica-tercer-foro-intersex-internacional/> (último acceso: 29 junio, 2015).
- OII Francophonie (2012). Second forum intersexe international de l'ILGA 2012. Communiqué de presse. Disponible en: <http://oiifrancophonie.org/156/second-forum-intersexe-international-de-lilga-2012/> (último acceso: 29 junio, 2015).
- OII International (2012). About OII. Disponible en: <http://oiiinternational.com/2533/welcome/> (último acceso: 14 junio, 2015).
- OII International (2015). Statement by OII Europe: we applaud Malta's new law. Disponible en: <http://oiiinternational.com/3171/statement-oii-europe-applaud-malta-new-law/> (último acceso: 29 junio, 2015).
- Viloria, Hida (2013). Why intersex germans aren't crazy about Germany's third gender law? Disponible en: <http://hidaviloria.com/why-intersex-germans-oppose-germanys-third-gender-law/> (último acceso: 4 julio, 2015).
- World Health Organization, WHO (s.f.). *Gender and Genetics*. Disponible en: <http://www.who.int/genomics/gender/en/index1.html> (último acceso: 9 mayo, 2015).
- World Health Organization, WHO (s.f.). *What do we mean by "sex" and "gender"?* Disponible en: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/> (último acceso: 9 mayo, 2015).

Noticias, diarios y revistas

BBC Mundo (2013). Alemania introduce un "tercer género" legal para recién nacidos. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130819_alemania_tercer_genero_nm (último acceso: 4 julio, 2015).

BBC Mundo (2010). El niño que fue criado como niña. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101125_cambio_genero_sexualidad_men.shtml (último acceso: 8 junio, 2015).

Deutsche Welle (2012). El tercer sexo se pronuncia: ni hombre ni mujer, persona. Disponible en: <http://www.dw.com/es/el-tercer-sexo-se-pronuncia-ni-hombre-ni-mujer-persona/a-15770259> (último acceso: 3 julio, 2015).

Huffington Post (2014). Jill Peters' 'third gender' photography series explores India's hijras. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/2014/05/09/third-gender-jill-peters_n_5296310.html (último acceso: 9 mayo, 2015).

ILGA (2015). Historic moment for trans and intersex people as Malta passes the Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics bill Act. Disponible en: <http://ilga.org/malta-gigesc/> (último acceso: 29 junio, 2015).

El Diario (2015). Una pequeña isla hace historia: Malta prohíbe la mutilación genital de personas intersexuales. Disponible en: http://www.eldiario.es/contrapoder/prohibicion_mutilaciones_genitales_6_375572464.html (último acceso, 21 mayo, 2015).

El Mercurio (2005). Trágico caso de "sexo ambiguo" queda al descubierto en Talca. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2005/08/16/192238/tragico-caso-de-sexo-ambiguo-queda-al-descubierto-en-talca.html> (último acceso: 7 julio, 2015).

El Mundo (2004). David no aguantó ser Brenda. Por: Oliver Burkeman y Gary Youngue. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2004/572/1084572003.html> (último acceso: 8 junio, 2015).

- El País (2014). India reconoce a los transexuales como un “tercer género”. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/15/actualidad/1397557465_686896.html (último acceso: 9 mayo, 2015).
- La Cuarta (2012). A Florencia todavía no le ponen vacuna por tener sexo ambiguo. Disponible en: <http://www.lacuarta.com/noticias/cronica/2012/05/63-137217-9-a-florencia-todavia-no-le-ponen-vacuna-por-tener-sexo-ambiguo.shtml> (último acceso: 7 julio, 2015).
- La Nación (2005). “Seguimos viviendo en la Edad Media”, dice Jacques Le Goff. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/746748-seguimos-viviendo-en-la-edad-media-dice-jacques-le-goff> (último acceso: 21 mayo, 2015).
- La Tercera (2012). Condenan al H. de Talca por error al determinar sexo de bebé. Disponible en: <http://diario.latercera.com/2012/11/24/01/contenido/pais/31-123780-9-condenan-al-h-de-talca--por-error-al-determinar-sexo-de-bebe.shtml> (último acceso: 7 julio, 2015).
- La Voz (2011). Pakistán reconoce de forma oficial el ‘tercer sexo’. Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/noticias/mundo/pakistan-reconoce-forma-oficial-tercer-sexo> (último acceso: 9 mayo, 2015).
- Radio Bio Bio (2012b). Expertos explican condición de sexo ambiguo de recién nacida que no fue inscrita en Villa Alemana. Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/2012/05/24/expertos-explican-condicion-de-sexo-ambiguo-de-recien-nacida-que-no-fue-inscrita-en-villa-alemana.shtml> (último acceso: 7 julio, 2015).
- Radio Bio Bio (2012a). Pareja de Peñablanca no pudo inscribir en Registro Civil a su bebé por condición de sexo ambiguo. Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/2012/05/23/pareja-de-penablanca-no-pudo-inscribir-en-registro-civil-a-su-bebe-por-condicion-de-sexo-ambiguo.shtml?emisora=%23> (último acceso: 7 julio, 2015).

Radio Cooperativa (2005). Padres de menor diagnosticado con “sexo ambiguo” demandaron a Hospital de Talca. Disponible en: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/padres-de-menor-diagnosticado-con-sexo-ambiguo-demandaron-a-hospital-de-talca/2005-08-16/200848.html>

(último acceso: 7 julio, 2015).

Revista Paula (2013). Identidad forzada. La negligencia médica que obligó a un niño a crecer como niña. Disponible en: <http://www.paula.cl/reportaje/identidad-forzada/> (último acceso: 7 julio, 2015).

Rolling Stone (1997). The true story of John/Joan. Por: John Colapinto. Disponible en: http://www-psych.stanford.edu/~gender/RollingStone_Colapinto.pdf (último acceso: 8 junio, 2015).

SBS (2015). Comment: 'Curing' intersex is damaging and common. Por: Morgan Carpenter. Disponible en: <http://www.sbs.com.au/news/article/2015/03/16/comment-curing-intersex-damaging-and-common> (último acceso: 28 junio, 2015).

Slate Magazine (2004). Gender Gap. What were the real reasons behind David Reimer's suicide? Por: John Colapinto. Disponible en: http://www.slate.com/articles/health_and_science/medical_examiner/2004/06/gender_gap.html (último acceso: 7 junio, 2015).

Registros audiovisuales

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013). Situación de derechos humanos de las personas intersex en las Américas. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=245zpmTobCM&list=PLkh9EPEuEx2st1_l-W6cr0o3oH9DxBSDc&index=12 (último acceso: 4 julio, 2015).

Gale, Porter & Soomekh, Laleh (2000). XXY. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8dZ1cUk6-vk> (último acceso: 14 junio, 2015).

Intersex Society of North America (ISNA, 1996a). Hermaphrodites Speak! Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=VMER3_nxIN0 (último acceso: 11 junio, 2015).

ANEXO 1

CIDH: Personas Intersex. Extractos de la audiencia convocada *ex officio* por la CIDH

Situación de los derechos humanos de las personas intersex en las Américas, viernes 15 de marzo de 2013

Participantes: Mauro Cabral (MC), Argentina; Natasha Jiménez (NJ), Costa Rica; Paula Machado (PM), Brasil; Jen Pigeon Pagonis (JPP), EE.UU.

MC: Las personas intersex somos aquellas personas que nacimos con cuerpos que varían respecto del promedio corporal femenino o masculino, que varían porque nuestros cromosomas son distintos, porque nuestras gónadas son distintas y/o porque nuestros genitales son distintos. En todo el mundo, incluyendo los países de nuestro continente, la inmensa mayoría de las personas intersex somos forzadas desde el momento de nuestro nacimiento, durante nuestra primera infancia y hasta nuestra adolescencia a someternos a intervenciones destinadas a normalizar la apariencia de nuestros genitales. Estos procedimientos hormonales, quirúrgicos, mecánicos, comprometen muchas veces también el ocultamiento de nuestras historias clínicas y nuestros datos de inscripción legal, son procedimientos médicamente innecesarios y que tienen una finalidad puramente cosmética y que son realizados en la gran mayoría de las veces sin nuestro consentimiento personal e informado, porque muchas veces se trata de bebés recién nacidos o en condiciones que hacen imposible el cumplimiento cabal de las condiciones para el consentimiento más tarde en la vida. Estas intervenciones no solamente violan nuestro derecho a decidir informada y personalmente sobre nuestro propio cuerpo sino que además producen consecuencias a nivel de nuestra integridad corporal... producen consecuencias tales como el dolor crónico, como la esterilidad, como la insensibilidad genital. Son intervenciones que violan sistemáticamente nuestros derechos como niños y niñas y que también desconocen con la misma sistematicidad nuestros derechos sexuales y reproductivos, aunque el objetivo de estas intervenciones sea normalizar nuestros cuerpos, la verdad es que mutilan nuestra carne... Es por eso que los principios de Yogyakarta las identifican como formas de abusos médicos y es por eso también que el relator especial sobre torturas de Naciones Unidas, llama en su último informe a ponerle fin... es por eso que nosotros identificamos a estas intervenciones como formas culturalmente aceptadas de mutilación genital infantil. El hombre de 41 años que ustedes tienen ante ustedes hace mucho tiempo atrás fue una chica de 14

años a quién en el mismo momento en que se le informó que había nacido sin vagina y sin útero, se le informó también que era necesario cortar una parte de su intestino para crear una vagina en una cirugía y el propósito de esa intervención era asegurarse que yo creciera para transformarme en una mujer que pudiera ser penetrada por un hombre. El fracaso de esa intervención es obvio, y después de 2 cirugías y después de 6 años de dilataciones vaginales con un trozo de hierro llamado bujía, de lo que puedo dar cuenta como efecto de esa intervención es la transformación del adolescente saludable que era, en el hombre que soy... alguien que sobrevive como puede todos los días, la experiencia de haber sido violado a repetición dormido en una mesa de quirófano. Las presentaciones que van a escuchar en esta exposición van a dar cuenta de estas y de otras violencias cometidas contra las personas intersex en los distintos países de nuestro continente y esto, más allá de lo que ocurra a partir de hoy, lo que convierte esta sesión en una sesión histórica porque la verdad es que muchos de nosotros y nosotras crecimos con la convicción de que en ningún lugar íbamos a encontrar a alguien que pudiera escucharnos porque vivimos en una cultura que considera que nuestros cuerpos deben ser normalizados por nuestro propio bien para salvarnos de la discriminación y del estigma que parecen estar esperándonos más tarde en la vida. Es necesario para nosotros terminar con el silencio y con el secreto que rodea la existencia de las personas intersex y dismantlar todas las formas que adopta la violencia ejercida contra nosotros y nosotras. La violencia médica, la violencia jurídica y bioética, la violencia mediática, la violencia que encontramos en escuelas y hospitales, también en muchos casos la violencia comunitaria y la violencia familiar, y también la violencia de la nomenclatura que desde el año 2006 nos clasifica como personas que sufren de distintos trastornos del desarrollo sexual. Más aun, estas formas de violencia deben ser identificadas como violaciones a nuestros derechos humanos que demandan la acción urgente de los organismos internacionales y regionales de derechos humanos, así como el compromiso de nuestros estados. En última instancia, solo el reconocimiento, el respeto y la celebración de la diversidad corporal que encarnamos, podrá evitar la mutilación genital de niños y niñas intersex todavía por nacer, y le hará justicia a quienes ya encarnamos en nuestro cuerpo y en nuestra vida las marcas de la mutilación genital. Ese es nuestro compromiso y esperamos de verdad que también sea el de ustedes.

NJ: Hola, buenas tardes señores y señoras comisionados, mi nombre es Natasha Jiménez, soy activista trans e intersex costarricense y coordinadora de Mulabi, espacio latinoamericano de sexualidades y derechos. Quería retomar algunos puntos que han dicho los compañeros, hablar además del caso de

Costa Rica y de mi caso personal. Vivimos en una sociedad dicotómica donde todo lo que se salga de lo que es ser un hombre estándar o una mujer estándar, es visto como algo intolerablemente monstruoso, y precisamente el personal, en este caso específicamente de salud, siempre hace estas cirugías para normalizar esos cuerpos y que encajen en esta sociedad. Lo que no ven a largo plazo son todas las secuelas que tienen estas cirugías normalizadoras en los cuerpos de personas intersex... pueden ser secuelas a corto, mediano y largo plazo, y que generan muchos sentimientos de culpa, de miedo, de vergüenza, tanto a los familiares como a las mismas personas intersex, que se sienten traicionadas, que se sienten vejadas por estas cirugías que son hechas casi que antojadizas por médicos y médicas sin ninguna razón científica. Les digo señores comisionados y comisionadas, en la gran mayoría de los casos no morimos por ser intersex, no es una situación o una condición que sea fatal para nuestros cuerpos o nuestras vidas, pero precisamente es eso lo que médicos y medicas dicen a nuestros padres, coercionan (sic) precisamente a nuestros padres diciéndoles que esto es algo que nos va a matar si no es corregido de alguna manera desde muy tempranas edades, que hay que aclarar que antes del primer año de edad ya empiezan a hacerse las cirugías. De hecho quería leer textualmente unas declaraciones del actual director del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, Dr. Orlando Urroz, en declaraciones al periódico Al Día, señala que es el cirujano quien resuelve el problema a nivel quirúrgico... lo ideal es que este problema se resuelva y que quede definido antes de los 8 días de haber nacido la criatura y que precisamente toda esta decisión del género y el sexo de la persona intersex (de hecho no utilizan el término intersex, sino que médicamente utilizan el término ambigüedad genital) es algo que debe quedar en manos del médico y no como decimos los activistas en manos de la personas intersex, o sea se niega totalmente la decisión sobre el propio cuerpo a la persona intersex... En la gran mayoría de los casos, al menos en Costa Rica, lo único que están examinando en este momento, a través del tamizaje del talón que hacen en los primeros 8 días de nacida una criatura, es si existe la posibilidad de que esta criatura tenga hiperplasia suprarrenal congénita, que lo que hace en palabras sencillas, es virilizar a las niñas. O sea que estas niñas nacen con un clítoris más alargado y lo que hacen en el Hospital Nacional de Niños y en muchos hospitales latinoamericanos, es mutilar a estas niñas cortándoles el clítoris del tamaño más adecuado... ¿qué pasa con estas cirugías? Que precisamente dejan insensible la gran mayoría de estas áreas y estas cirugías las hacen básicamente en un sentido normalizador y cosmético para que esta persona, bajo la consigna médica, tenga unos genitales que sean estándar, estéticos, y en palabras de los mismos médicos, que sea heterosexual... que sea una mujer que cumpla con los patrones

de toda mujer de la sociedad patriarcal en la que vivimos, pero ya sabemos que estas cirugías van a dejar muchas cicatrices, muchas secuelas y muchas insensibilidades en estas niñas. Y este es sólo uno de los casos de las tantas variaciones que podemos encontrar, más de 75 variaciones de intersexualidades y todavía se siguen descubriendo muchas más... En los hospitales tanto privados como públicos no hay personal capacitado que trate y le de acompañamiento a las personas intersex, porque eso pediríamos, para que sean ellas mismas quienes decidan sobre su propia vida porque es su cuerpo el que está en juego; no tiene por qué estar en manos de una persona que bajo su investidura de médico o de médica decida sobre esta vida... En la gran mayoría las personas intersex viven encerrados o encerradas en sus casas, las familias no hablan de esto, porque todo lo que tiene que ver con la sexualidad, todo lo que tiene que ver sobre todo con los genitales, es algo de lo que no se habla... es un tema tabú. La gran mayoría de personas intersex pasan prácticamente encerradas porque si bien es cierto en la época de la Grecia Antigua éramos parte de la mitología y estábamos al lado del hada madrina y del unicornio y todo lo demás, después de la época victoriana ya entramos en la monstruosidad y era algo que tenía que estar oculto, algo de lo que no se tenía que hablar y hasta la fecha sigue ocurriendo... A mí por el hecho de ser una persona intersex me trajo mucho dolor, mucha carencia. No solo en el caso de Natasha Jiménez sino de muchas personas intersex, hemos sido víctimas de abusos y violaciones porque también en el imaginario de la sociedad eso es parte de la curación de los cuerpos intersex, a través de abusos, violaciones, de muchas violencias a las que somos sometidos no solo en las intervenciones que hacen sobre nuestros cuerpos que de por sí ya es algo violento sino también bajo otras cosas.

Para finalizar quisiera dar algunas recomendaciones a nivel general sobre este tema:

1. Solicitaríamos a la Comisión un pronunciamiento oficial sobre las violaciones a los derechos humanos de las personas intersex.
2. Que médicos y medicas a nivel latinoamericano que estén en contacto con niños y niñas intersex reciban capacitaciones actualizadas sobre atención, tratamiento y procesos de acompañamiento a las personas intersex.
3. Que las cirugías correctivas de asignación sexual no sean la primera opción tomada a la hora de tratar niños y niñas intersex en los hospitales latinoamericanos.
4. Que se generen grupos específicos para los padres y las madres de estos niños y niñas intersex donde se les asesore y oriente para que estas familias cuenten con las herramientas necesarias

para manejar la situación de la mejor manera y donde lo que prime sea el beneficio de la persona intersex. Una forma de lograr esto es implementando una política de atención a la población intersex que le permita decidir por sí misma en el futuro cual será el mejor camino a seguir ya que son sus vidas las que están siendo afectadas.

5. Que se creen equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios para la atención y acompañamiento de este grupo de niños y niñas intersex, que se les dé seguimiento a sus procesos hasta la adolescencia o adultez.
 6. Que se elaboren campañas informativas y de sensibilización a nivel nacional sobre el costo vital de la normalización de los cuerpos intersex y sus efectos a corto y largo plazo
 7. Y que se generen campañas sobre todo en los Ministerios de Educación, que se implementen protocolos de atención y campañas educativas sobre el tema intersex en escuelas y colegios para que este tema deje de ser visto bajo la invisibilización, el estigma o como un tema tabú.
- Muchas gracias.

JPP: hace 26 años, un equipo de médicos descubrió que yo tenía cromosomas XY y testículos internos, lo que hoy se conoce comúnmente como “síndrome de insensibilidad parcial a los andrógenos”. Enseguida programaron una intervención quirúrgica para extirpar los testículos internos. Yo tenía 1 año en esa época. Cuando tenía 3 años me volvieron a operar esta vez para reducir el tamaño de mi clítoris porque consideraron que era medio centímetro más largo de lo normal. Después, a los 11 años, cuando estaba entrando en la pubertad, me hicieron otra operación, esta vez para construir una vagina “más aceptable” por medio de una vaginoplastía. Me mentían y me decían que tenía cáncer de ovarios y que los médicos me habían salvado la vida... Las niñas y los niños que nacen con caracteres sexuales atípicos suelen ser sometidos a reasignación de sexo irreversible, lo cual les produce infertilidad permanente e irreversible, ocasionándoles un daño psicológico severo. Nos merecemos la oportunidad de vivir la vida, el amor y la búsqueda de la felicidad con los hermosos cuerpos con los que nacimos, intactos. Muchas gracias.

PM: quisiera empezar mi intervención indicando el lugar desde el que hablo. Hablo como alguien que viene trabajando académicamente en Brasil los últimos casi 10 años el tema de la intersexualidad; trabajo que viene integrado con fuerte compromiso ético y político con el tema, por tanto, no hablo como persona intersex, mas refuerzo mi profundo compromiso ético y político a partir de una perspectiva crítica en

relación a las cirugías innecesarias y no consentidas en bebés que nacieron con cuerpos que los patrones de normalidad biomédica clasifican como ambiguos o incompleto. Respecto de los bebés intersex que nacen en Brasil es importante resaltar que los protocolos de tratamiento vigentes en Brasil están fuertemente marcados por una perspectiva patologizante y son integrados por prácticas de intervención llamadas “correctoras” o “normalizantes”, innecesarias, no consentidas y mutiladoras, destacando aquí las prácticas de cirugías genitales. Las situaciones que acompañan en el momento que nace un bebé intersex en los hospitales brasileiros de alta complejidad, de modo general, son accionados diversos especialistas para dar inicio a básicamente tres procesos más o menos concomitantes. El primero de ellos es la investigación de la causa de la intersexualidad, el segundo es la determinación del diagnóstico, tercero, decisión sobre diferentes modalidades de intervención correctoras que serán aplicadas sean ellas quirúrgicas, hormonales o mecánicas. Es importante resaltar que la posibilidad de no realizar las intervenciones quirúrgicas genitales en general no es ni siquiera considerada, salvo en situaciones absolutamente aisladas... En este proceso los bebés intersex y sus familiares ingresan en lo que podríamos llamar una trayectoria de normalización socio-corporal, una tentativa de estandarizar cuerpos que no encajan con las normas de sexo hegemónicas; eso puede significar, por ejemplo, la realización de nuevas y repetidas cirugías para corregir problemas dejados por las anteriores, uso repetido de elementos de dilatación vaginal y/o administración continua de hormonas masculinas o femeninas. Puede significar también, por otro lado, trayectorias de vida marcadas por silencios y secretos relacionados al propio cuerpo, por estigma y por sentimientos de vergüenza y violación. Es fundamental destacar por tanto, y es importante que quede muy claro para esta Comisión, que las intervenciones normatizantes como las cirugías no son suficientes en cuanto solución para las personas intersex y sus familiares. Actualmente se argumenta que existen técnicas quirúrgicas que garantizarían un resultado estético y funcional cada vez más sofisticado comparado con las antiguas, lo que hoy mismo no puede ser tomado de forma acrítica. En conjunto con mi grupo de investigación acabamos de realizar una revisión de archivos médicos publicados en las bases *Scopus* y *Web of Science*, acerca de estudios de *follow up* que se proponen investigar efectos psicológicos de las intervenciones realizadas en personas intersex. Los datos que encontramos apuntan a los límites y las carencias de estudios que validen a largo plazo estas prácticas. Las evidencias en pro de las intervenciones no son consolidadas. Hay una gama de metodologías muy diversas para validar los resultados de las intervenciones y criterios muy diferentes para validar lo que significa satisfacción que varían desde aspectos normalmente definidos por un

observador externo como: apariencia-dilatación de la vagina, presencia de orgasmos, lubricación, etc., hasta los que, con bastante menor frecuencia, son dirigidos directamente a estas personas sobre cómo ellas se sienten en relación a los procedimientos a los que fueron sometidas. De todo esto, destacaría algunas cuestiones urgentes que se debe tener presente en Brasil y que afectan decisivamente a los niños intersex brasileños:

1. Es preciso modificar los protocolos de atención centrados en prácticas de intervención innecesarias, no consentidas y mutiladoras,
2. Asegurar procesos de autonomía decisional, con acceso de las personas envueltas y sus familiares a amplia información, asesoramiento y atención,
3. Crear condiciones para monitorear prácticas institucionales del manejo de la intersexualidad, sean ellas médicas, psicológicas, jurídicas, bioéticas, educativas, entre otras.
4. Invertir en la formación de recursos profesionales.

Es urgente y absolutamente necesario que las prácticas que rodean el manejo de la intersexualidad, no sean reconocidas solo como cuestión médica, esta discusión debe ser remitida a la esfera de los derechos humanos. Sería verdaderamente una lástima si salimos de este debate sin que esta Comisión reconozca estas intervenciones destinadas a normatizar los cuerpos de los niños intersex como violaciones de estos derechos. Gracias.

Comisionada Tracy Robinson toma la palabra y la cede a quienes siguen:

1. **Comisionada Rosa María Ortiz, Paraguay:** ... creo que no solamente se afecta el derecho a la integridad física, psíquica, también el derecho a la identidad y aquí me gustaría consultarles, ¿qué deben hacer los padres, cómo se maneja el tema de identidad en estos casos?
2. **Comisionado Felipe González, Chile:** ...creo que la Comisión Interamericana tiene una larga deuda con la comunidad LGTBI en general y con las personas intersex en particular, la Comisión recién creó hace un par de años una Unidad LGTBI que posteriormente transformó en Relatoría y desde luego es muchísimo el trabajo que hay por hacer... Yo quisiera preguntarles si ¿hay prácticas en algunos Estados de la OEA, en algún Estado de la región, distintas a las que ustedes describieron en el sentido de que en alguna medida se garanticen mejor los derechos de las

personas intersex, especialmente en la infancia? ¿Conocen alguna otra experiencia que pueda ser algún esbozo de buena práctica, que sea útil para la Comisión?

- 3. Comisionada Tracy Robinson, Jamaica:** ... quisiera reconocer, como ustedes han descrito, el severo daño físico y psicológico de las formas de cirugía que ustedes han descrito, y la importancia de entender estas cuestiones no sólo como simples temas médicos sino como temas de derechos humanos... También quisiera reconocer lo que ustedes han descrito como secretismo y vergüenza, y el daño que eso causa. Quisiera saber, siguiendo al Comisionado González, si ¿hay buenas prácticas en alguna parte de las Américas de las que podamos aprender o que pudieran ser un punto de partida al discutir estas materias en la OEA? También quisiera pedirles observaciones específicas respecto del registro civil, ¿qué recomendaciones harían para el registro civil de niños intersex?

MC: muchas gracias por sus preguntas, vamos a ir respondiéndolas una por una. La cuestión de la identidad está íntimamente relacionada con la cuestión de la inscripción registral; los nacimientos intersex parecen producir un corto circuito en la capacidad de registrar el sexo de las personas, y muchas veces se repite: "si no operamos, no vamos a saber a qué sexo pertenece". Las personas, incluidas las personas en esta sala, nos reconocemos sin vernos desnudas y los registros civiles no piden la exhibición de los bebés desnudos a fin de registrarlos. Lo que recomendamos es el registro sobre la base de las mejores expectativas, distinguiendo entre el registro civil y el registro en el cuerpo, porque el enfoque médico interpreta literalmente el registro civil. Anotar a alguien en el registro civil no implica que ese sexo tenga que ser inscripto con un bisturí en el cuerpo, y eso también implica respetar el derecho a la identidad, como derecho a ser quien se es desde el momento del nacimiento, cualquiera sea la inscripción registral. Mis compañeras van a dar ejemplos de otros países. Yo, siendo argentino, creo que puedo poner el ejemplo de la ley de identidad de género aprobada en la Argentina, que no demanda modificaciones corporales a fin de acceder al cambio registral. Entonces si eso vale para personas trans adultas, jóvenes, niños y niñas, la ley de identidad de género argentina debería servir para proteger la integridad corporal de las personas intersex.

PM: me gustaría tomar lo mencionado por el Comisionado Felipe González sobre si existirían prácticas en algunos otros lugares, de los que tengamos conocimiento, que serían útiles para la Comisión. Yo creo que esa es una cuestión central porque la verdad es que no conocemos dentro del sistema médico

prácticas que no sean pauteadas o centralizadas, intervenciones que se proponen como correctoras de los cuerpos de los niños intersex. De lo que si tengo conocimiento en el caso de Brasil, que es la situación que conozco más, algunas resistencias de profesionales específicos o situaciones específicas que han puesto en cuestionamiento una determinada decisión, pero no puestas como protocolos sino realmente como excepciones. De hecho, creo que carecemos de trabajos, de estudios, de conocer formas de manejo de la intersexualidad que escapen de las prácticas y de las narrativas médicas. Por ejemplo, en Brasil las comunidades de parteras, las comunidades indígenas, tienen otras formas de lidiar con los niños que nacen con cuerpos que varían respecto del patrón dicotómico masculino y femenino, pero no tenemos conocimiento de esas prácticas. Me gustaría también reforzar que la discusión que se hace dentro de la perspectiva médica es sobre el sexo a ser escogido, hay una carencia de discusión sobre la necesidad de esas cirugías, aun aquí como coloqué en las evidencias, los propios archivos médicos, son evidencias no consolidadas de que hay realmente una ganancia en relación a esas prácticas, como si la única evidencia necesaria de gran parte de la medicina, de la propia lógica biomédica, fuese la garantía de una determinada nominación social.

NJ: lastimosamente, señor González, tengo que decir que la práctica generalizada en Latinoamérica y en la mayoría de los Estados de la OEA, es precisamente seguir estas prácticas mutilantes en niños y niñas intersex, no podemos hablar todavía de que hayan buenas prácticas en nuestros países. Todavía no se han generado ni siquiera protocolos, no se ha abrazado este tema ni siquiera en los congresos de medicina de una manera abierta, de una manera científica, sino que todo es condicionado por prácticamente los antojos de médicos y médicas ya obsoletos que no respetan la vida de niños y niñas intersex, así que no podemos hablar de buenas prácticas en nuestros países. En cuanto al registro civil yo creo que la mayoría de los que estamos aquí no estamos en contra de que haya un nombre registral para niños y niñas intersex, pero si abogaríamos porque eso se pueda revertir y que la persona más adelante pueda decidir con cuál se siente más cómodo o cómoda. Al menos en el caso de Costa Rica, al día siguiente de que un niño o una niña nace está un personero del Registro Civil al lado de la madre con una tablita, diciéndole cuál es el nombre que le quiere poner a este niño o a esta niña y por eso el afán de médicos y médicas para operar y realizar la cirugía cuanto antes sea posible. Esto es una práctica generalizada en la mayoría de nuestros países y por eso este afán por normalizar el cuerpo cuanto antes pero si vuelvo y repito, no estaríamos en contra de que se le registre bajo uno u otro nombre o bajo uno

u otro sexo, sino que eso si se pueda revertir y que la persona intersex tenga la capacidad de tomar una decisión sobre su propia vida lo pueda hacer.

MC: quisiera agregar algo más, porque ustedes escuchan que nosotros hablamos de “normalizar” todo el tiempo y uno podría pensar que eso no es algo necesariamente malo. Ahora, las cirugías no crean cuerpos normales, es decir borran ciertas diferencias pero crean otras diferencias, es decir, en el lugar donde había un cuerpo que no se ajustaba al promedio, lo que queda es una cicatriz, queda insensibilidad, se crea otro tipo de diferencia. De hecho, hay un gran temor de que si las personas no son intervenidas se va a crear un tercer, un cuarto, un quinto sexo... la realidad es que la mayor parte de las personas que nos identificamos como personas intersex, lo hacemos precisamente a partir de la intervención médica, es decir, que esa identificación, cuando yo digo que soy un hombre intersex no estoy diciendo solamente que nací con un cuerpo distinto, sino porque nací con un cuerpo distinto fui sometido a una serie de violencias y en ese punto la intersexualidad no es solamente una identidad, es también una denuncia ético-política, es una forma de marcar un daño que se hace para integramos a una sociedad que nos exige pagar ese precio corporal. No hay normalidad, la normalidad en ese punto es un ideal médico.

Rosa María Ortiz: Si bien todavía no se puede identificar buenas prácticas, pero por lo menos casi buenas, países que por lo menos están intentando o podrían intentar, como para animarles a que avancen. Por ejemplo, si Argentina tiene la ley de identidad de género, ¿será que Argentina estaría interesada en avanzar en este campo de manera a poder convertirse en una buena práctica que pueda ayudar después a otros?, ¿habría alguna posibilidad de intentarlo?

MC: yo creo que sí, pero les pido que ustedes piensen en la angustia que produce la repetición de la pregunta, ustedes nos preguntan si hay buenas prácticas, nosotros nos miramos y decimos, no, no hay buenas prácticas, ustedes nos preguntan de nuevo, ¿pero no hay un lugar?, y esa es nuestra realidad, no hay ningún lugar sobre la tierra en que una persona intersex esté segura, esa es la verdad, es decir, eso que ustedes repiten nosotros también lo repetimos y le aseguro que de este lado se percibe como un infierno. Entonces, es posible que haya países nuestros, países que puedan hacer avances, pero también por eso es tan necesario que los organismos de derechos humanos que tienen posibilidad de pronunciarse lo hagan, porque si el cambio no viene a través de los gobiernos, entonces vendrá a través, por ejemplo, de esta Comisión.

NJ: Si bien es cierto, esa pequeña luz que podría ser Argentina con su ley de identidad de género, todavía las cirugías correctivas se siguen haciendo, o sea nada hacemos con que haya una ley de identidad de género, que puede beneficiar claro a una gran parte de la población – sobre todo trans - , si a la población intersex nos siguen mutilando, nos siguen interviniendo, nos siguen haciendo cirugías. O sea ¿de qué sirve que podamos después cambiar nuestro nombre y sexo en la cédula si ya fuimos intervenidos quirúrgicamente? Como ven, aunque haya un paso adelante como esta ley en el caso de Argentina, siempre esa cirugía la van a hacer si o si, si no cambian esas políticas de no intervención a los cuerpos intersex.

MC: Existe un modelo que es el modelo colombiano. Colombia es creo que el único país en el mundo, cuya Corte Suprema determinó aguardar hasta que niños y niñas intersex puedan consentir la práctica de las cirugías. Colombia tiene más de un fallo que protege la integridad corporal de niños y niñas intersex.

Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=245zpmTobCM&>

ANEXO 2

Radio Bio Bio: Entrevista a madre de bebé "sexo ambiguo" nacido en Puerto Montt y a Jefe del Archivo General del Registro Civil, Miércoles 23 de mayo de 2012

Entrevistador (E): Francisco Ovalle

Entrevistada 1 (E1): Denisse Ortiz (madre de Florencia)

Entrevistado 2 (E2): Andrés Falcón (Jefe del Archivo General del Registro Civil)

E1: Mi hija nació el 2 de marzo de este año (2012), con un embarazo normal, todo bien, se hizo una cesárea por 38 semanas por podálica, estaba sentada. Fue todo programado, todo bien, hasta la hora del parto. Mi hija a la hora del parto nace con un sexo ambiguo y se va a neonatología a hospitalizar, en Puerto Montt. El mismo día me va a hablar la matrona de neonatología a decirme que mi hija se quedaba hospitalizada porque necesitaban hacerle exámenes por los sexos ambiguos, que no era algo normal. Entonces, después de 4 días mi hija empezó a evolucionar mal y ahí se mandan a hacer exámenes que detectan una hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal. Iba todo bien en el hospital, nos atendieron muy bien, pero la ficha de parto cuando ella nació se la hicieron con sexo indeterminado... eso provocó que yo no la pueda inscribir en ningún registro civil. Allá me dijeron que eso no era tan importante eso todavía, inscribirla, y nos tuvimos que venir a Santiago, nos mandaron a la Católica porque era todo mucho mejor, los exámenes salían más rápido porque los exámenes de ella son genéticos, o sea demoran mucho tiempo. Se le practicó un cariograma cuando nació, que lo pagamos nosotros porque el hospital se demoraba 45 días hábiles un resultado para saber qué sexo era, lo pagamos nosotros y en 5 días supimos que era una niña.

E: o sea ahí, a través de ese examen que ustedes hicieron particular, lograron establecer que hormonalmente en el fondo el sexo del bebé era femenino.

E1: claro, pero solamente se lo dijeron de palabra al doctor, de doctor a doctor, de Santiago a Puerto Montt, porque el papel se entregaba en un mes, igual se demoraba un mes, pero para empezar un tratamiento había que... tenían que decirle al doctor que era una niña. Hasta ahora que ya va a cumplir 3 meses no la puedo inscribir, no la puedo vacunar.

E: o sea, en el fondo técnicamente en Chile, no existe tu hija porque no está inscrita en el Registro Civil.

E1: no existe

E: y por ende no tiene los beneficios

E1: no tiene ni un beneficio ni nosotros tampoco tenemos ni un beneficio, he perdido mi post-natal, no lo puedo tramitar, porque el post-natal va con un certificado de nacimiento. El Registro Civil de Puerto Montt fue 6 veces al hospital y de los 6 meses la matrona le dijo que ella no tenía el criterio de cambiar la ficha de parto.

E: perfecto, mira dame un minuto, vamos a hacer una llamada telefónica. Aló, don Andrés

E2: si don Francisco

E: hola, ¿Cómo está don Andrés? Mucho gusto. Francisco Ovalle de Radio BioBio de acá de Valparaíso. Bueno me imagino que ya está al tanto de la situación que nosotros estamos investigando eh... y bueno estoy precisamente ahora con Denisse que es la madre, tengo entendido que ustedes hicieron una gestión. Explíquenos un poco la situación que se generó primero.

E2: la situación se produjo por un problema en el comprobante de parto entiendo, y bueno la gestión que hizo el Registro Civil importa que ya dentro de 2 o 3 días el nacimiento debería quedar inscrito no es cierto, como corresponde, con el sexo de la menor como corresponde, en la oficina de Puerto Montt, así que el problema estaría solucionado desde ese punto de vista.

E: ya, a ver, para que Denisse le entienda porque lo está escuchando en este minuto don Andrés por favor, ¿cuál fue la gestión que se hizo y cuál es la tranquilidad que le podemos dar?

E2: directamente con el hospital para la emisión de un certificado... perdón, de un comprobante de parto que estuviera en regla y eh... su gestión y remisión no es cierto, para que sea inscrito en la oficina que corresponde, como le digo en Puerto Montt.

E: usted nos puede confirmar que viene o que debería venir con sexo femenino

E2: claro, por supuesto. Claro, por supuesto

E: Andrés, muchísimas gracias por la gestión, muy ágil por lo demás la gestión que han hecho ustedes como Registro Civil, bueno y Denisse está aquí po... ¿le quieres decir algo Denisse?

E1: le quiero dar las gracias porque hartoo que esperé esto, hartoo que esperé que mi hija reciba todos los beneficios que cualquier niño chileno necesita y se les debe, así que muy agradecidos como padres, como familia y muchas gracias

E2: si pues, felices de poder ayudar y cualquier cosa por supuesto, siga contando con nosotros absolutamente

E1: doy muchas gracias a la radio, a Gerald, a la señora Isabel de la Corporación del Registro Civil de Santiago que me llamó, así que doy las gracias po, sigo insistiendo, como familia damos las gracias porque hartoo difícil que nos ha tocado, y hartoo difícil que se nos viene y con esto se nos alivia un poco el camino.

(Duración del audio, 4 minutos 14 segundos)

Fuente: <http://www.biobiochile.cl/2012/05/23/pareja-de-penablanca-no-pudo-inscribir-en-registro-civil-a-su-bebe-por-condicion-de-sexo-ambiguo.shtml?emisora=%23>

ANEXO 3

Radio Bio Bio: Entrevista a expertos por nacimiento de bebé "sexo ambiguo" en Puerto Montt, Jueves 24 de mayo de 2012

Entrevistadora (E): Verónica Tirado

Psicólogo (P): Roberto Rosenzvaig

Ginecólogo (G): Sergio Valdés

E: bueno, buenas noches a los dos. Yo primero quería preguntarle a usted... a Roberto, psicólogo especialista en sexualidad... quería preguntarle eh... efectivamente cuál es el... el... el... cuando se desarrolla esta enfermedad, cuando una persona ya nace con este sexo ambiguo, cuál es el... el... pues eso... cómo se nota, cómo se percibe... qué es lo que siente una persona con este tipo de problema... de problemática

P: Eh... la persona en ese momento, en el momento del nacimiento no tiene consciencia de su cuerpo, esto es más relevante hacia los observadores externos, eh... y en ese sentido... eh afortunadamente en este momento disponemos de los medios científicos como para poder determinar el sexo no solamente por el aspecto exterior sino por la composición genética de ese sexo y eso facilita absolutamente los procesos de comprensión.

E: Hm... claro efectivamente esta niña ahora tiene cuatro meses, no es consciente efectivamente de nada, pero cuando se es... se crece y se madura con esto... porque efectivamente esta es una niña que va a nacer con un sexo indefinido, eso nos lo aclarará ahora el ginecólogo... efectivamente, lo que queremos es saber cuál es la... eso, porque es una persona que nace con un sexo que no se sabe bien si es mujer o hombre... a esta mujer ahora han decidido que sea mujer, que tenga... que tiene hormonas en cantidad... pues eso... femeninas y si... y ¿qué pasa si por ejemplo se encuentra que es un hombre, él se siente hombre?

P: mira (incomprensible, voces superpuestas) no, porque en primer lugar lo que se determinó, supongo yo, para que ella asuma una identidad femenina es qué dice su genética en torno a eso. Esta niña tiene esta dificultad a partir de un síndrome por el cual hay un exceso de andrógenos y esos andrógenos han

generado que su cuerpo muestre una ambivalencia física, pero eso no significa de ninguna manera que su cerebro esté enfocado en términos de confusión, eso tiene que ver con la educación y eso tiene que ver con todo lo que lo rodea, ella va a ser intervenida quirúrgicamente para que se dirija anatómicamente a tener un sexo femenino, lo cual es mucho más sencillo quirúrgicamente si fuera varón.

E: Claro... entonces todo va enfocado un poquito ahí. Bueno ahora vamos a hablar con el ginecólogo de Vida íntegra, don Sergio Valdés, buenas noches...

G: hola, buenas noches

E: ... y queríamos eh... saber de su punto de vista... cómo sucede estos casos que efectivamente, como anunciábamos antes, no son tan frecuentes. Decíamos que eran 28 de 52.500 aproximadamente los casos que ocurría... ¿cómo ocurre físicamente esta problemática?

G: mira, buenas noches, en realidad esta situación de sexo ambiguo es una enfermedad que tiene cierta frecuencia, los datos que manejamos nosotros son 2 en 10.000 que corresponden más o menos a lo que tu acabas de contar. Ahora, es una situación que se da acá en Chile que en general es bien manejada por los pediatras en los hospitales, en donde se dan la mayoría de las cosas y los bebés son estudiados para definir su situación, y lo que pasa normalmente es que la madre y su bebé se van con el diagnóstico hecho, con el sexo asignado, definido y con un buen plan de tratamiento, sin que esto genere ni pasar a la prensa ni mayor dificultad. Ahora, lo otro que quería contarte, y en eso podemos concordar con el sicólogo, es... pa' poderte explicar esta situación a ti y a la gente que está escuchando, es que hay un sexo genético, hay un sexo biológico que tiene que ver con las hormonas y con la corporalidad, y hay un sexo social, el sexo familiar, que le asigna la familia a este bebé recién nacido y que lo trata de una manera distinta si es hombre y si es mujer. Ahora, es esta secuencia, estos tres tipos de sexualidad por decirlo así, normalmente son coordinados y no hay ningún problema, pero en el caso de esta niña hay una alteración en la producción de hormonas como vimos recientemente en el comentario del psicólogo y si bien es cierto tiene genes femeninos y va a ser una mujer, el segundo paso, el sexo biológico digámoslo así, el sexo corporal tiene una alteración en su producción de hormonas en una etapa muy precoz, entonces tiene un exceso de producción de andrógenos que tiene que ver con las hormonas que se producen en la glándula suprarrenal, y ese es el motivo que le generó la enfermedad, la situación anormal a esta niña, en que un exceso de hormonas masculinas le hicieron que sus genitales femeninos

se desarrollaran en forma anormal. Ahora ¿qué viene por delante? Lo más importante es que estos niños se van con un diagnóstico hecho y con un sexo definido porque llegar a la casa con una guagüita con un sexo indeterminado como dice el certificado de parto o ambiguo como decimos en el diagnóstico es una situación tremendamente inquietante para la madre y pa' la familia, entonces lo ideal es que no pase esto que pasó con esta bebé.

E: y ahora con respecto a lo que nos decía el doctor Sergio queríamos también pues eso... concordar con el psicólogo si él está de acuerdo efectivamente en que existe una sexualidad social como usted la llamaba... eh, don Roberto, ¿es posible que se relacione con lo que usted nos decía que la educación que esta niña va a tener ahora es la educación que le va a dar el sexo?

P: eh... por supuesto que sí porque eso genera la... eso es lo que hace la identidad de género, cuando tu educas a alguien en dirección a identificarse con su corporalidad, y en este caso de la niña no hay dudas en cuanto a dónde debe ser orientada, entonces si toda la familia entiende que este es un proceso (palabra incomprendible) en el cual ella va finalmente a ser mujer y a tener sus comportamientos, esto no tiene por qué generarle ningún tipo de trabas o ningún tipo de daño psicológico en su proceso psicosexual.

E: nosotros aquí eh... don Roberto, hablábamos aquí en eh... fuera de los micrófonos, hablábamos con los compañeros que ya es bastante difícil crearse una...una... pues eso su propia personalidad, cuando sobre todo en la adolescencia para... y también lo comparábamos con el proceso, quizás no tanto en Florencia, en esta niña de... pues eso de Puerto Montt, pero no sé si usted ha tenido alguna vez algún caso similar en el que sea la diferencia... no sea tan tan clara como ahora, o sea (ruido con la lengua... periodista titubea) puede ser... nosotros lo que... pues eso... nos hacía un poquito de dudar es que efectivamente sí que ¿puede haber algunos casos donde se puede dañar incluso la psicología de estos pacientes?

P: bueno sí, hay una larga experiencia en esto desde el punto en el cual se pretendió hacer una reafirmación sexual contraria a lo que representaría el desarrollo genético y no solamente eso sino que hay un desarrollo específico a nivel cerebral y entonces no es que – insisto – la morfología externa determine fundamentalmente. En los casos donde ha habido errores graves es donde se ha creído que se puede... eh, recuerdo un caso muy concreto, que no es un caso personal, sino que es un caso bastante paradigmático en Estados Unidos que inicia todo este tema de la identidad de género, donde se... por un

accidente en un momento que en un niño en un accidente se le quema el pene en una circuncisión, entonces al tener absolutamente imposibilidad de desarrollar su morfología externa masculina se lo pretende reafirmar en condición de varón, se le educa como varón pero muchos años después, ya en la adolescencia hay un proceso de crisis en esta identidad y finalmente esta persona entonces asume su femineidad [se refiere erróneamente al caso John/Joan, desarrollado en el capítulo 2]. Entonces en este caso hubo, en estas historias hubo muchos errores creyendo que se podía determinar desde la medicina hacia dónde se iba a dirigir, y hay factores internos, hay factores que tienen que ver con marcas que no son simplemente lo que usted quiera realizar con este niño, ¿no es cierto?, entonces en este caso... por eso insisto que en este caso de esta niña no hay muchas dudas adonde debe dirigirse y cómo debe educar.

E: Si en el caso de Florencia, de esta niña, desde luego está bastante claro pero también queríamos utilizar un poquito este tema, un tema que hemos visto que está un poquito tabú. De hecho, el único estudio que hemos encontrado con respecto al sexo ambiguo, ya les anunciaba que es del 2001 y no hay muchos más estudios desde ese tema. También queríamos preguntarle al ginecólogo, don Sergio, ¿cómo en el caso por ejemplo - como estamos diciendo - de Florencia que está bastante claro, que bueno pues eso... van a feminizar al bebé, pero no sé si existen casos que no se acaban de aclarar nunca cuál es el sexo, o sea si se queda como tal cual se tuvo en el día del nacimiento?

G: Si te entiendo la pregunta, mira. En este proceso del desarrollo de la sexualidad participan como decíamos hormonas y eso ocurre normalmente en la mayoría de los pacientes. Ahora, hay algunos pacientes muy especiales que tienen déficits puntuales de hormonas y eso genera una situación muy particular que a mí me tocó conocer en la universidad hace algún tiempo, de una paciente mujer... a esta altura era una muchacha buenamoza, joven, que podría haber pasado por una modelo perfectamente y lo que en ella ocurrió fue que – una cosa normal que ocurre en el ser humano – que somos potencialmente desarrollables hacia mujer, si no hay ninguna hormona masculina, si no hay ningún cromosoma Y que altere este desarrollo, el bebé sin ninguna influencia externa se desarrolla potencialmente hacia mujer, y me recuerdo de esta paciente que es una lola buenamoza que estaba en la universidad y su problema era que no tenía menstruaciones. Al estudiarla, lo que se llegó a determinar es que tenía una alteración en esta recepción de las hormonas a nivel de su cuerpo que hacía que las hormonas masculinas no tuvieran efecto y, si bien es cierto, era genéticamente hombre, tú la veías y pasaba por una mujer muy

buenamoza con plena identidad sexual femenina, su único problema fue que nunca en su desarrollo tuvo hormonas... receptores para estas hormonas masculinas y el caso de ella fue difícil de manejar pero se logra normalmente resolver asignándole... explicándole la situación y si bien genéticamente era... eh... tenía sus genes muy ocultos y no se habían manifestado, ella había desarrollado toda una vida de mujer y si bien es cierto, sus genitales no eran capaces de tener hijos por ejemplo, su identidad era de mujer y después de un proceso en que participaron médicos, pediatras, ginecólogos, psicólogos especialmente, se le explicó esta situación y la mujer... porque claramente era una mujer biológicamente y socialmente, hizo una vida bastante normal sin poder tener hijos eso sí. Y por qué te hago todo este ejemplo, porque lo que pasa en la gran mayoría de los casos es que el caso de sexo ambiguo – y en eso discrepo de lo que tu encontraste – hay mucha información, se manejan bien los casos y se logra determinar dónde está la alteración en este proceso y tratarla y repararla y darle una vida bastante normal a los recién nacidos, o sea en general los pediatras manejan bastante bien esta situación que es poco frecuente pero se da y normalmente no hay problema.

E: Si seguramente se da una, puede ser que sea que efectivamente y menos mal que se maneja esta información por medio de la medicina, de ustedes de los doctores...

G: Correcto, si

E: ... pero lo que es como al ciudadano de a pie cuesta bastante encontrar, de hecho, toda la información o la mayoría de la información con respecto al sexo ambiguo tiene que ver con algo erótico o con algo sexual, toda la que he encontrado a través de internet. Como que no aparece como una cosa, pues eso... efectivamente una malformación del cuerpo como usted nos dice, una... pues eso, mayoría de hormonas y demás, si no aparece más que nada como un tema sexual – erótico que se utiliza también muchísimo para la pornografía, eso ha sido lo que más nos ha llamado muchísimo la atención desde aquí, por eso es que queríamos ofrecer una información veraz y digna de esta situación. Efectivamente usted nos está aclarando que efectivamente son pocos los casos pero que no son tan raros ni tan difíciles de solucionar. Eso es un poco lo que estoy yo acabando de entender, ¿no es así don Sergio?

G: si exactamente, como te digo... normalmente se logra definir por ejemplo en esta niña Florencia, tiene un trastorno hormonal, que se origina en sus glándulas suprarrenales, que indirectamente – como decía el psicólogo – le genera un exceso de producción de andrógenos, de hormonas masculinas, entonces el

tratamiento en ella es solucionar este problema, este déficit hormonal, suplementándola con hormonas que tienen que ver con los corticoides para explicar más simple, y esto le soluciona el problema y le disminuye su problema de exceso de andrógenos, y eso genera que los genitales progresivamente van eh... los genitales femeninos van adquiriendo su forma, es decir, el clítoris vuelve a achicarse, los labios vuelven a hacerse más suaves y ya no parecen como pequeños escrotos y los genitales vuelven a ser de aspecto femenino y esta niñita con toda seguridad, lo más probable es que con un tratamiento tenga muy buen pronóstico, si se maneja este problema hormonal, hormonal, no de hormonas sexuales directamente sino que de hormonas que vienen de las glándulas suprarrenales – ésta que está sobre los riñones – y que interfieren indirectamente en las hormonas que tienen que ver con la sexualidad, ¿me explico?

E: ok, pues si totalmente. Eh... la última pregunta al doctor Roberto Rosenzvaig, queríamos preguntarle a usted como psicólogo y además especialista en sexualidad si la vida de esta niña – la vida sexual me refiero – será completamente normal.

P: absolutamente, bueno ignoro el desarrollo pleno de sus genitales pero lo que el doctor señala es absolutamente correcto. Cuando se restringe los andrógenos y ella recibe por vía de su complementación hormonal su desarrollo sexual debiera completarse, le repito, ignoro totalmente desde el punto de vista anatómico si estos genitales femeninos están desarrollándose armónicamente pero un solo comentario, que esto comienza en términos de estudios en el año 60, con John Money en la Universidad Johns Hopkins en Estados Unidos y a partir de ahí la experiencia acumulada es bastante e insisto que durante un tiempo se creyó que se podía inducir o llevar a una orientación... a una identidad de género a partir del manejo clínico – hormonal de esto y se demostró claramente que hay secretos incluidos en el cerebro, en el desarrollo del cerebro prenatal que no son modificables por vía externa en forma tan fácil y como determinantes en ese desarrollo cerebral... podríamos hablar – no es correcto lo que voy a decir – de un cerebro femenino a un cerebro masculino.

E: Ah ok, ya entiendo (voz insegura), o sea que por eso da igual cómo físicamente se desarrolle el cuerpo sino que ya desde antes sabemos lo que vamos a ser.

(Audio de la entrevista termina ahí, en los 17 minutos 52 segundos).

Fuente: <http://www.biobiochile.cl/2012/05/24/expertos-explican-condicion-de-sexo-ambiguo-de-recien-nacida-que-no-fue-inscrita-en-villa-alemana.shtml>

Estudio de la Universidad de Chile (2001) al que alude la periodista:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000500006

ANEXO 4

Entrevista a intersexual chileno, miércoles 15 de abril de 2015

Entrevistador: Camilo Godoy Peña (CG)

Entrevistado: "Ale"

Lugar de la entrevista: Santiago Centro, Chile; Duración de la entrevista: 56 minutos

CG: Estoy en este momento con Ale, una persona intersex que valientemente se ha ofrecido a compartir su historia conmigo y en este momento Ale, te voy a pedir, por favor, que te presentes brevemente y comiences a relatarme tu historia.

Ale: bueno, mi nombre es Ale, soy de Santiago, tengo 37 años y en este momento estoy haciendo la recuperación de mi identidad de género. Estoy en tratamiento, retiramos algunos remedios que estaba tomando durante mucho tiempo y ha habido varios cambios. Te puedo contar que yo nací el año 1978 en el Hospital San Juan de Dios, acá en Santiago. Cuando nací traía una Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) perdedora de sal y lo que se llama también sexo ambiguo. Estuve hospitalizado durante mucho tiempo, por muchos exámenes que me hicieron en ese tiempo, con constantes deshidrataciones, descompensaciones totales que tenía, no me alimentaba bien y bueno, a los dos meses los doctores deciden operarme. Yo traía lo que era una hipospadia, un clítoris más o menos grande o un micropene – en términos médicos -, no había una entrada de vagina... no había nada y bueno se definió que había que operarme. Esto fue a los dos meses de nacido, donde se corta gran parte del clítoris... no recuerdo el nombre. Quedo ahí durante mucho tiempo, lo otro súper importante... te quiero decir que la primera inscripción, la primera partida de nacimiento que yo tuve fue de hombre... me inscribieron como varón, pero a los dos meses se decide hacer un cambio y me dan el nombre que llevaba anteriormente y que ya no está. Así pasa el tiempo, estoy en constantes controles médicos... yo estuve mucho tiempo hospitalizado, mucho tiempo... fue un año más o menos. Y bueno, ya después cuando voy creciendo empiezan todos los problemas, todas las interrogantes.

CG: ¿cómo recuerdas tu niñez?... tu colegio, amigos, tu casa, vecindario...

Ale: creo que tuve momentos alegres pero han sido poquitos... sabes que lo que más me gustaba era andar en bicicleta y jugar a la pelota, pero siempre me retaban por eso y no sé por qué. En el colegio, en la enseñanza básica tuve buenas compañeras...

CG: Una pregunta para cerrar lo anterior... ¿la intervención de los médicos fue para asignarte el sexo femenino?

Ale: exactamente. Como te decía, en el colegio tuve muchas faltas... faltaba mucho al colegio y creo que también eso me complicó mucho en la etapa escolar porque pasaba constantemente resfriado, me descompensaba, me deshidratava o me agarraba un bicharraco por aquí o por allá... entonces no tuve una educación constante, me perdía muchas clases, me fue un tanto complicada la enseñanza básica pero con las compañeras tenía buena onda. Mira yo he tenido tres cirugías y la segunda viene a eso de los 9 años, y esa cirugía pretende crear la llamada neovagina... lo que los doctores quieren es construir un conducto para que tu recibas un pene, para que te penetren, eso es lo que ellos quieren... solamente sirve para eso. A partir de ahí comienza el tema de las dilataciones...

CG: ¿tenías que ir regularmente a alguna especie de terapia o realizar algún tipo de “ejercicio”, posterior a esta cirugía, para asegurar el éxito de la fabricación de esta neovagina?

Ale: sí, tuve que internarme varias veces, pero sabes que pasaba algo tan extraño... que cada vez que el doctor quería introducir esto – se llaman dilatadores...

CG: ¿el médico te introducía dilatadores?

Ale: si, dilatadores. Eran terribles, horriblemente doloroso. Sabes que una vez estaba recién operado, llevaba unos cuatro o cinco días y el doctor en una forma brutal va e introduce un dilatador en esta zona y sangré hasta decir basta, y decide que no lo va a hacer, que me va a volver a internar, que voy a ir a pabellón mejor...

CG: ¿para volver a operarte?

Ale: no, que la introducción del dilatador la va a hacer bajo anestesia, porque no lo podía hacer de una forma en que yo estuviera despierto ya que el dolor era terrible, sangré mucho unos dos o tres días y a él se le ocurre la genial idea de que “quizás con vaselina puede que duela menos”, y fue peor. Entonces

dice que mejor lo vamos a hacer en pabellón bajo anestesia para que no duela. Bueno la cosa es que cuando volví, volví envuelto en un tremendo parche y cuando lo saco estaba todo mal ahí. Bueno... eso teníamos que seguir haciéndolo en la casa...

CG: ¿o sea era tu madre o algún familiar quién tenía que ayudarte?

Ale: mi mamá tenía que ayudarme pero para mí era terrible, me sentía vejado, me sentía mal... sabes que no sé cómo explicarte, era como que me estaban violando, como que yo mismo me estuviera violando. Era horrible. Después de eso, viene la otra cirugía que fue la más terrible y la más dolorosa, la tercera cirugía y ahí casi me muero. Fue para hacer el conducto para poder orinar... sabes que yo podía orinar, pero lo que el doctor quería con este conducto es que yo pudiera orinar sentado. Esto es terrible porque te hacen una cirugía en la que te abren como el saquito que había, hicieron un hoyito abajo en primera instancia, después abren este saco y hacen el conducto de la uretra, la conectan o la bajan. Ahí es terrible porque no puedo orinar después que salgo de pabellón, sentía miles de agujas que se me metían y es terrible, no podía orinar... no sabía si orinar sentado u orinar parado porque de las dos formas me dolía.

CG: Disculpa... para que quede bien claro, ¿anterior a esta cirugía tú podías orinar?

Ale: sin ningún problema.

CG: ¿y el único "problema" es que no podías orinar sentado?

Ale: o sea el doctor quería que yo orinara sentado.

CG: ¿ese era el propósito de una tercera cirugía?

Ale: exactamente.

CG: una cirugía tan importante y grave como ésta para poder orinar sentado.

Ale: así es. Esto fue horrible porque, te lo voy a dar como dato, para poder orinar la enfermera tenía que dar la llave de la sala donde estaba internado para que yo sintiera la necesidad de orinar... o sea, sentía la necesidad pero el dolor era horrible, entonces cuando sentía el chorro del agua era como que me concentraba en el chorrillo y lo único que hacía era tratar de orinar despacio; si no, no podía o me

aguantaba horas hasta poder orinar. Como sintieron que era tanto el problema que yo les provocaba, decidieron conectarme con una sonda para que orinara. Imagínate... recién operado y metiéndote una huevada, es horrible.

CG: ¿y esta tercera cirugía a qué edad fue?

Ale: como a los once años más o menos, no recuerdo bien. Hay ciertos episodios que uno los bloquea, pero fue como a los once. Lo otro, para hacer el conducto vaginal tuvieron que sacarme un pedacito de intestino, lo cual hasta el día de hoy me genera muchos dolores de estómago porque es como que me falta un pedacito.

CG: pasada la tercera cirugía, ¿lograste con el tiempo recuperarte un poco?, ¿cómo llegaste a la adolescencia, a los 14 – 15 años?, ¿cómo estabas en ese momento?

Ale: estaba sumamente perdido, porque me sentía mal con lo que veía, aparte que las cirugías me dejaron muchas secuelas.

CG: ¿secuelas físicas?

Ale: si

CG: ¿y aparte de las secuelas físicas consideras que había secuelas psicológicas?

Ale: muchas, muchas, muchas...

CG: ¿me podrías hablar un poco sobre tus sentimientos, por favor?

Ale: mira, yo muchas veces intenté suicidarme...

CG: ¿siendo niño todavía?

Ale: estaba en la adolescencia. El sentimiento que siempre me acompañó fue que nada de lo que había alrededor mío me llamaba la atención, no le encontraba sentido a nada, ni a mi familia, me sentía súper desconectado de la familia... amigos tenía pero con ellos nunca hablé del tema porque ni yo sabía cómo hablarlo.

CG: y en ese tiempo, en la adolescencia ¿entendías un poco que habías sido sometido a varias cirugías?, que es algo atípico respecto de tus amigos por ejemplo. ¿Qué pensabas respecto de tu identidad?, ¿sentías algo diferente?

Ale: yo te puedo decir que siempre me sentí identificado como varón, toda mi vida, siempre me identifiqué como varón.

CG: ¿alguna vez le dijiste esto a algún médico o a tu madre?

Ale: no, porque sabes que era de un terror de aquellos el hablar el tema. No se hablaba. Inclusive mi madre hace muy poco me dijo que una de las doctoras le había aconsejado que no tocara nunca más el tema, que no se supiera nada y que borrara todo vestigio de las partidas de nacimiento que había tenido y que no me contara de la primera cirugía.

CG: ¿la original para cambiar tu cuerpo?

Ale: exactamente, porque ahí parte todo, el primer gran cambio.

CG: ¿junto con estas cirugías tuviste que tomar algún tratamiento con pastillas?

Ale: sí. Cuando entro a la adolescencia se hace un cambio de las pastillas, yo primeramente tomaba hidrocortisona - es un corticoide - y entrando a la adolescencia cambian los remedios, dan uno que se llama dexametasona y lo que hace es evitar que tu cuerpo se virilice, ese es el término que ocupan.

CG: o sea... ¿te hiciste dependiente de los remedios desde la primera cirugía en adelante?

Ale: así es, y era una pelea constante con los médicos porque a veces no me las tomaba, y si no me las tomaba los períodos no llegaban, o sea forzaban a mi organismo a que esto pasara... Pero sabes que con mi cuerpo... yo sabía muy bien lo que era, siempre tuve problemas al vestirme, en el colegio era súper extraño, incómodo - por ejemplo en la enseñanza media - porque todas mis compañeras tenían un cuerpo súper diferente al mío. Las chicas a cierta edad notan ciertos cambios, en cambio en mi caso yo solo engordaba... lo que más me salían eran pelos, por todos lados, era horrible. Estos remedios hacían que los periodos llegaran, entonces como te decía tenía peleas constantes con los doctores porque no me los tomaba... y evitaban también la salida de pelo, pero era hasta ahí no más porque a mí siempre

me salían muchos pelos en esta zona (la cara). Era muy chistoso, porque me depilaba un día y al otro día era una cuestión horrible.

CG: me decías hace un rato que siempre te sentiste como un hombre...

Ale: sí, por supuesto, toda la vida

CG: y ese sentimiento, considerando que estabas en un cuerpo femenino... o forzosamente femenino, ¿qué te hacía sentir o pensar?, ¿qué pensabas de ti?

Ale: todos los días cuando me levantaba, trataba de buscar cuál era el sentido para que yo estuviera acá, por qué alguien no me daba una explicación de todo esto... el cuerpo de mujer que yo llevaba antes, el verme con pechugas para mí era horrible, era un peso de todos los días, una incomodidad tremenda. Todos los días levantarte muy triste. Pensar que todos queremos tener a alguien más adelante, pero ¿cómo te presentabas?... tenía que decir que era lesbiana pero no me acomodaba el término lesbiana, nunca me acomodó el ser una lesbiana porque yo sabía que mi cuerpo era otra cosa.

CG: ¿para expresar lo que tu sentías, quizás de una forma más fácil de entender, decías que eras lesbiana?

Ale: sí.

CG: ¿pero no era lo que tu sentías?

Ale: no, no era lo que yo sentía.

CG: tu conflicto no era entonces con una orientación sexual, sino con la identidad de género...

Ale: exactamente, con la identidad de género, porque mi orientación sexual yo siempre la tuve muy clara, desde pequeño, desde que yo estuve en el kínder me sentía atraído por las mujeres, siempre fue así. Nunca estuve con un hombre porque no era lo que a mí me gustaba, nunca me gustaron. Creo que en mi familia también hubo un tiempo que me llamó la atención por qué nunca me preguntaban cuándo vas a tener hijos, en mi familia nunca nadie comentó nada y al final me di cuenta de que todos sabían lo que había pasado, abuelas, tíos, tías, todos sabían, menos yo. En principio culpé mucho a mi mamá, pero era una mujer joven en ese tiempo, los doctores no daban nada de información. Yo me acuerdo que cuando

estuve cuatro o cinco años en un hospital te podías rajar llorando, te podía doler cualquier cosa y nadie te pescaba, no dejaban que entraran tus papás... en la noche cuando eras chico, echabas de menos y llorabas, y no venía nadie a consolarte. Te daba fiebre y te quedabas dormido de tanto que llorabas. Fue una etapa súper triste, los médicos no daban información a nadie, los papás corrían detrás de los médicos y ellos decían “hable con la enfermera”.

CG: Ale, no puedo evitar preguntarte ¿cómo en el tiempo lograste seguir adelante?, ¿de dónde sacaste fuerzas?, porque es muy complejo lo que te tocó vivir desde temprana edad. Me contabas hace un momento que te enteraste hace muy poco de la verdadera historia detrás de este sentimiento de estar perdido en la vida, de tantas preguntas sin responder. ¿Cómo lo hiciste hasta antes de saber la verdad?

Ale: mira mi familia igual ha sido hartoo apoyo, mi mamá sobre todo... yo creo que se siente súper culpable también, pero yo creo que uno tiene una fuerza interior. A uno le pasan tantas cosas en la vida y había algo dentro de mí que decía “quizás va a pasar mucho tiempo antes de que yo pueda liberarme”. Entonces confiaba siempre en que algo iba a pasar más adelante para poder liberarme. Mira me conecté estudiando, con las amistades. Yo creo que todos tenemos esta fuerza interior de poder salir adelante, de conectarte no más y darle para adelante. Ya te tocó. Claro, de repente me sentía pésimo, muy muy mal, pero te tocó.

CG: en base a la tristeza y a los sentimientos negativos que tenías respecto de la vida y de ti, ¿tomaste alguna terapia psicológica?

Ale: mira también quiero contarte – no sé si lo vas a poner - que yo estuve metido en el consumo de mucho alcohol y drogas, tuve también esa época súper complicada

CG: ¿y eso fue a partir de joven?

Ale: si, tenía como veintitantos años... estuve cinco años súper metido en eso, después paré tres años y después volví a recaer. Yo igual doy gracias a la vida que he tenido gente muy buena que me ha apoyado, empezando por mis psicólogos, mi psiquiatra, mi terapeuta. Todos han sido excelentes conmigo, porque con ellos comencé esta apertura, ellos no tenían idea pero yo me acuerdo que les llevé un folleto que tenía... entonces les dije, miren, esto me pasó cuando era chico. En el folleto dice que los doctores decían que había que operar para que los niños “tuvieran una vida normal”.

CG: ¿dónde encontraste ese folleto?

Ale: es un folleto que a mi mamá le dieron hace muchos años cuando aquí en Santiago se hizo un congreso de mamás con hijos con hiperplasia. Fue organizado por unas pediatras del Hospital San Juan de Dios.

CG: justamente tu hospital

Ale: sí, mi “querido hospital”.

CG: Ale, me gustaría pedirte, por favor, que me cuentes ¿cómo descubres la verdadera historia, cuándo y en qué circunstancias?

Ale: cuando yo comienzo mi tratamiento psicológico por el tema que te decía anteriormente (del alcohol y las drogas), una de las psicólogas me aconseja que consigamos la ficha médica, porque justamente empezaba también mi tratamiento con el doctor Rafael Ríos, que es un endocrinólogo con una mentalidad súper abierta, que atiende chicos trans y a gente con hiperplasia como yo. Entonces me consigo la ficha y grande fue mi sorpresa.

CG: ¿fuiste al hospital a conseguir la ficha?

Ale: si, se demoraron veinte días en encontrarla que para mí fueron eternos.

CG: ¿la leíste tu primero?

Ale: la llevé a mi casa y me encerré en mi pieza, y te juro que fue una rabia, una impotencia. Yo hasta el día de hoy no puedo leer mi ficha, la leo y me empieza a bajar toda la impotencia, rabia, pena, frustración. Esos son mis sentimientos. Cuando mi mamá me ve llegar con la ficha me dice “no la leas” y yo le pregunto por qué, y me dice “para qué, si ya estás en otro proceso y no va a ser bueno que la leas”. Yo le dije “mamá tengo que leerla, aquí está gran parte de mi vida, de todo lo que ha pasado conmigo, de toda la mierda que me ha tocado vivir”. Me encerré en la pieza y comencé a leerla. Ahí me entero de que en mi primera partida de nacimiento había sido inscrito como un niño, que los médicos durante mucho rato discutían si operar o no operar, hasta que llega otro tipo de apellido Susaeta - que es un cirujano –

el cirujano es el que da la última palabra en todo, él toma la decisión. Clitrectomía, así se llama la cirugía que me hicieron.

CG: ¿es para reducir el clítoris?

Ale: para cortarlo

CG: para que sea digamos un clítoris aceptable en términos médicos... con las medidas “correctas”, etc. ... quiero decir, medidas correctas para un médico.

Ale: claro, para un médico. Aquí arrasaron con todo, con todo.

CG: él es quien determina operar entonces...

Ale: sí, él hace la primera cirugía, la clitrectomía. El segundo doctor que me operó, Ossandón, que hace las dos cirugías más grandes (la segunda y la tercera), y que casi se desmaya en el pabellón de tanto operar, trabaja en el Hospital Calvo Mackenna.

CG: ¿qué consecuencias me podrías contar de las cirugías y de todo el tratamiento que tuviste que vivir involuntariamente?

Ale: mira, esto es súper personal... pero son las secuelas, hay que decirlo, vamos...

CG: tranquilo, puedes decirme lo físico, lo psicológico, o lo que tú quieras...

Ale: mira lo físico y que a muchas chicas intersex que fueron operadas les pasó es que pierden completamente la sensibilidad, además cuando te hacen el conducto – la neovagina – te sacan un pedazo del intestino y pasa que en esta zona hay un flujo constante, un flujo que no para y es una incomodidad tremenda... tienes que ponerte ciertas cuestiones. Esa es una de las grandes secuelas. Aparte que en la zona donde orino siento puntadas, agujas y cuando hace mucho frío debo cuidarme mucho. Mi mamá hablaba con una señora muy humilde de San Antonio, a cuya hija le hicieron lo mismo. La niña era un niño, jugaba a la pelota y la mamá decía que su hija se orinaba todo el día, y no era que se orinara sino que este flujo corre, corre y corre, entonces imagínate que incómodo es.

CG: y respecto de las secuelas que creo más importantes - las psicológicas - ¿qué me podrías contar?

Ale: de las secuelas psicológicas.... ¿tú me dices en base a las operaciones?

CG: creo que hay dos momentos, antes de saber la verdad y después de saber la verdad. ¿A qué edad supiste la verdad?

Ale: a los 35 años

CG: o sea, recién hace dos años tuviste acceso a tu ficha médica, a tu verdadera historia y a la parte que faltaba del puzle. ¿Tuviste algún sentimiento de descanso por el hecho de saber la verdad?

Ale: no, todavía no puedo leer esa ficha. Siento rabia... mucha rabia, pena, impotencia. Yo no culpo a mi mamá, ella sólo hizo caso a los médicos que supuestamente me iban a ayudar. Yo sé que esto es un largo trabajo de empezar a disculpar. De repente igual tengo un poco de rabia con mi mamá, pero luego me digo que no tiene la culpa. Lo único que te puedo decir es que ahora ya hace un año las cosas están mejorando, conocí al doctor Rafael Ríos y me recibió muy bien, retiró los remedios que me estaban dando (dexametazona) y comenzó a inyectarme, ya lo ha hecho como tres veces. Me dijo "lo único que te puedo decir es que el cambio va a ser súper rápido" y yo en un año ya había cambiado completamente. Cuando llegué feliz con la noticia a mi mamá, ella quedó súper impactada.

CG: a los 35 ves tu expediente médico, ¿cuánto tiempo después empiezas este tratamiento? Me imagino que es tratamiento hormonal...

Ale: sí, la testosterona. Mira la ficha me la entregan en octubre de 2013 y en enero de 2014 empiezo el tratamiento hormonal con el doctor. El 21 de enero de este año (2015) me hice la mastectomía. Y como mi cuerpo secreta en forma natural la testosterona, no es necesario inyectar tanto, posiblemente ya no tenga que hormonarme pero eso lo vamos a ver ahora a fin de mes.

CG: luego de la recepción de la ficha, del tratamiento hormonal y la mastectomía me imagino que vino el inicio de los trámites para el cambio legal de nombre y sexo en el Registro Civil

Ale: así es, o sea, los trámites los inicié incluso antes de comenzar el tratamiento hormonal, con toda la fe del mundo

CG: cuéntame un poco de eso

Ale: los trámites los comenzamos el año pasado, yo entregué todos mis papeles a la Universidad Diego Portales

CG: ¿es con la ayuda de ellos que tu comienzas tus trámites?

Ale: sí, con alumnas de derecho. Tiempo después de haberles hecho llegar mis papeles a través de un contacto, me llaman a una reunión, conocí a las chicas, conté mi historia y ellas empezaron los trámites. Yo tenía mucho temor de que el Registro Civil encontrara la primera inscripción que yo había tenido.

CG: ¿en la que apareces inscrito como niño?

Ale: sí. Porque después me pasaron como niña, y ahora quiero ser niño... y tú sabes que sólo se permite un cambio. Ese era mi temor, pero ya las chicas empezaron todos los trámites, tenía que conseguir unos testigos – no podía ser ningún pariente -, entonces hablé con una amiga. Te mandan una carta en donde te piden que cuentes hace cuánto tiempo te conocen, etc.

CG: ¿ellos tienen que atestiguar que en el tiempo has vivido con la identidad de género que quieres que sea reconocida?

Ale: sí, cinco años. Cuando los documentos estaban listos, las chicas tuvieron que pasárselo a un Receptor Judicial. El juez lo tomó enseguida afortunadamente y lo publicaron en el Diario Oficial.

CG: o sea tu ya lograste lo que tantos anhelan...

Ale: estamos casi listos

CG: ¿tu nombre está cambiado?

Ale: todavía no está cambiado. Los papeles están listos, sólo falta que el juez dictamine, pero hemos avanzado tanto que yo sé que saldrá bien.

CG: confiando en que dentro de poco tu identidad de género y tu nombre serán reconocidos, y que éste es, quizás, el último paso de este largo camino para tener lo que siempre sentiste, lo que siempre supiste... ¿qué viene ahora?, ¿cómo ves el futuro?

Ale: sabes que yo ahora recién estoy empezando a vivir, ahora recién le estoy encontrando sentido a todo. Ya me levanto en la mañana alegre, ya no me levanto con la cabeza llena de preguntas sin respuesta, me levanto contento después de casi 40 años. Me levanto conectado a lo que quiero, a mis proyectos, a mi vida, a empezar a vivir.

CG: ¿te sientes más preparado ahora para vivir, para hacer lo que quieres?

Ale: sí, ahora sí, más seguro... una seguridad tremenda. Me siento en mi papel, en mi lugar...

CG: en tu identidad

Ale: ¡en mi identidad! Ésta, ésta que no tengo que simular, ni forzar. No tengo forzarme a algo que no soy, soy lo que soy y lo que siempre fui. No tener que esforzarme, no tener que aparentar, no tener que tratar de caerle bien a todo el mundo.

CG: Ale, estoy pensando en cómo elaborar esta pregunta porque es complejo. El español es un lenguaje que categoriza todo de acuerdo a un género, y en tu adolescencia te definías como lesbiana para manifestar tus sentimientos de una forma más sencilla y comprensible. Más allá de la necesidad de tener o no un término, porque somos todos diferentes, ¿te defines a ti mismo como una persona intersex?

Ale: Soy un intersexual, por supuesto. Soy un hombre con ovarios, no sé cómo decirlo, pero si soy un intersexual, soy una realidad, existo... existimos.

CG: para finalizar me gustaría preguntarte algo muy especial. Si pudieras entregar algún mensaje a otras personas intersex o a sus familias, ¿Cuál sería?

Ale: primero a las madres, ellas son las que más se complican, son las que lo pasan peor. Nosotros nacimos de esta forma, no hay por qué intervenir esto, esto hay que dejarlo que fluya, buscar redes de apoyo, hay hartas redes de apoyo ahora (en internet). Me preocupa mucho el tema de las mamás porque yo sé que mi mamá todavía se siente culpable. Mi mensaje es no operar, porque se pasa muy mal cuando te operan y si ya estás operado hay que seguir adelante. Yo conozco varios casos, y todas las personas que hemos sido operadas, no llevamos una vida normal, todos nos sentimos mal por haber sido operados. Los que no han sido operados viven felices, pero todos los que hemos sido operados tenemos el trauma, la tranca y todo eso. Lo que me tranquiliza es que hay hartas redes en internet ahora, las mamás pueden

buscar más información. Mamás con hijos intersexuales, no se dejen guiar por lo que el médico les dice, escuchen más opiniones, busquen más información y no operen, no operen, ¡no operen! Entiendo que para las madres es un proceso súper difícil porque siempre esperan un niño o una niña, pero bueno, nacimos así, estamos acá, no somos nada extraño.

CG: son personas

Ale: somos personas; diferentes, pero somos.

CG: bueno Ale, vamos a dejar hasta acá la entrevista y no quiero terminarla sin antes darte las gracias. Primero, por la enorme valentía, y segundo, por ser tan generoso y compartir este poderoso testimonio inédito en Chile... por confiar en mí. Que este testimonio ayude a evitar que más personas intersex pasen por lo mismo y que cada intersexual chileno que lo lea, pueda recordar que nunca se es el único, que no está solo. Muchísimas gracias.

Ale: muchas gracias a ti.

ANEXO 5

Entrevista a activista trans chileno, defensor de derechos humanos y consultor internacional en derechos humanos e identidad de género, sábado 6 de junio de 2015

Entrevistador: Camilo Godoy Peña (CG)

Entrevistado: Andrés Rivera Duarte (AR)

Lugar de la entrevista: Aeropuerto Arturo Merino Benítez, Santiago de Chile; Duración de la entrevista: 33 minutos

CG: Buenos días Andrés, en el marco de la investigación sobre las personas intersex que estoy realizando para mi Seminario de Título, he estimado importante entrevistarte por tu trayectoria en la defensa de los derechos humanos, por tu historia personal y porque has estado denunciando las violaciones a los derechos humanos de las personas trans e intersex en Naciones Unidas y en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Dicho esto quisiera pedirte, por favor, que te presentes y me cuentes en qué ha consistido tu trabajo en estos últimos años.

AR: Bueno, desde el 7 de mayo del 2007 mi nombre es Andrés Ignacio Rivera Duarte porque antes era - desde que nací hasta esa fecha - María Georgina de Los Ángeles Rivera Duarte, sexo femenino. Yo soy una persona transexual que obtuvo su cambio legal recién en 2007. Soy consultor e investigador internacional, hago consultorías para organizaciones como IGLHRC (International Gay & Lesbian Human Rights Commission), Mulabi (Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos) de Costa Rica, GATE (Global Action for Trans* Equality) que también es una organización internacional, estuve hasta hace poco haciendo una investigación en Costa Rica, Colombia y Chile sobre la situación de las personas trans en salud, educación y en esta violencia encubierta por parte del Estado. Hago clases en algunos diplomados en diferentes universidades como la Universidad Diego Portales, la Universidad de Chile y la Fundación Henry Dunant, soy invitado frecuentemente también a Conferencias Internacionales, tengo un ritmo de vida bastante acelerado y acá en Chile estoy haciendo dos cosas que me llenan la vida, la primera es todo el apoyo y acompañamiento a familias de niños, niñas y adolescentes transexuales, de forma absolutamente gratuita, ese es mi aporte a la sociedad y a cambiar el mundo, y por otro lado estoy trabajando con algunos Ministerios para ir creando incidencia y poder ir educando sobre la temática. Nos

encontramos en el aeropuerto porque voy camino a Ginebra y posteriormente a Washington, fui parte de un informe alternativo de derechos económicos, sociales y culturales donde estamos dando a conocer cuáles son las problemáticas que estamos sufriendo diferentes personas, no sólo LGBTI, sino también mujeres, migrantes, pueblos originarios, etcétera. Entonces voy a Ginebra ahora porque Chile hace la presentación de su informe, nosotros nos vamos a reunir con la gente del Comité y vamos a intentar que Chile tenga recomendaciones específicas en la temática, y obviamente voy a priorizar la temática de los niños, niñas y adolescentes transexuales e intersex. Y después me voy a Washington a la Asamblea de la OEA (Organización de Estados Americanos) porque también ya llevo desde el 2007 participando en dicha instancia, y voy como coordinador latinoamericano y del Caribe de la Red por la Democracia y el Movimiento Mundial por la Democracia.

CG: Andrés, como tú sabes la investigación que llevo a cabo trata específicamente la situación de las personas intersex, y en ese sentido y en el marco de la violencia de la que son objeto - particularmente los recién nacidos - me gustaría preguntarte, en primer lugar, qué paralelo podrías hacer entre la lucha intersex y trans en términos de activismo y de derechos humanos, y en segundo lugar, me gustaría pedirte que me cuentes si tu -en tanto persona trans - has sido objeto de violencia de parte del "sistema" por así decirlo, vale decir del aparato estatal o del mundo médico.

AR: Bueno Camilo, en relación a la primera pregunta, tu dijiste las palabras claves, esto es un tema de derechos humanos por lo tanto tenemos plena coincidencia, y la segunda coincidencia es que cada uno debe decidir sobre su cuerpo y no otras personas deberían decidir por ella. La persona intersex debería no ser mutilada, debería no ser violentada, se debería dejar que exprese su identidad de género y que pudiera ir tomando decisiones a medida que se va desarrollando y va creciendo como ser humano. La persona trans no tiene por qué ser mutilada para responder a modelos o estereotipos establecidos de lo que es un hombre o una mujer, o para obtener su cambio de registro legal, su reconocimiento a la identidad de género, o sea ningún cuerpo debe ser mutilado ni violentado. Por tanto, desde ahí claramente la lucha intersex y la trans tienen un punto común. En lo segundo, a mi me han marcado dos violencias. La violencia de la supuesta justicia que está para proteger y resguardar tus derechos, y de la mirada médica que hay de la transexualidad. ¿Por qué digo la "supuesta justicia"? Pues porque para poder obtener mi cambio de nombre y de sexo tuve que presentar testigos que acreditaran que me conocían por cinco años como Andrés Ignacio pero también que me conocían como hombre, entonces hubo que

dar testimonios así como "el se comporta como un hombre", la pregunta es ¿cómo se comporta un hombre? ¿qué hace un hombre? ¿escupe al suelo, se rasca el trasero, tiene varias mujeres, amantes?... o sea es súper complejo, lo otro tiene que ver con qué es lo que te pide la justicia para acceder a un cambio de nombre y de género hoy en día, la histerectomía... en un minuto cuando yo presenté mi demanda, yo la obtuve en el 2007, ya venía con un proceso de cuatro años y entonces la violencia de decir "si tu eres trans no puedes tener hijos", "si tu eres trans no tienes derechos reproductivos y sexuales", te los coartan y te los mutilan.

CG: es decir, ¿para el respeto a tu derecho a la identidad tuviste que ceder tus derechos sexuales y reproductivos?

AR: si, yo me hice una histerectomía completa y tuve que certificarla. No es solamente que me haya operado sino que el médico tuvo que emitir un informe y un certificado que tu ingresas al tribunal en donde dice que eres infértil, en el fondo eso es lo que quería el tribunal. Y lo otro es que el tribunal me mandó al Servicio Médico Legal (SML) y ahí si se configuran varias violaciones, la primera es que el médico me pidió que me desnudara, hizo pasar a su secretaria con una cámara fotográfica y me hizo subir a una camilla ginecológica con todo lo que significa eso... la incomodidad, además de estar desnudo... ni siquiera una sábana o una bata que a uno le ponen en los hospitales, nada. Él se dedicó a hacerme tacto anal para ver si yo me dilataba, porque si yo me hubiese dilatado analmente era porque había ocupado mi ano y si yo había ocupado mi ano... ¿cómo quería ser hombre? cuando los hombres no ocupan el ano, los hombres penetran, no son penetrados, y posteriormente el hizo tacto a mi clítoris para ver cuánto crecía... no recuerdo si lo midió o no, no tengo esa imagen o si la tuve en algún minuto ya la borré, no es algo que quiera tener en mi vida presente. Pero lo segundo fue mucho más complejo porque el tipo tomó un espéculo, yo le digo que no había tenido relaciones - eso estuvo dentro de una mínima conversación previa de una anamnesis inicial cuando yo llegué ahí al SML, él sabía que yo era virgen - y aún así toma un espéculo y me lo introduce y consigna en el informe que me produce una herida de tres centímetros y un sangramiento... por una morbosidad de. O sea, para poder reconocer tu identidad de género, para reconocerte como ser humano te hacen mierda y te destruyen como ser humano y ni siquiera yo ahí tenía la certeza de que el tribunal iba acceder a mi cambio de registro o no, o sea el tribunal podría haber dicho que no, en mi caso dijo que si... algo me permite equilibrar esta balanza, decir "entre lo mierda que me hicieron como ser humano y lo que me destruyeron, por este otro lado tengo algo para equilibrar esta

balanza y no quedar tan destruido", pero si no me hubiesen dado el cambio me hubiese quedado solo con la destrucción de ser humano, ¿no?. Hay una violencia tremenda porque cuando yo conversé con la jueza, le conté lo que me habían hecho en el SML - yo salí del SML llorando, me fui al tribunal llorando, llegué llorando y hablé con la jueza llorando - y le dije: "si esto es ser hombre, ¿por qué no me dijo? ¿por qué no me avisó que iban a hacer esto? y ella me dice "es que yo no lo sabía"... y ahí es súper tremendo eso porque el juez y la jueza... cómo no van a saber a qué mandan a alguien, cómo no van a saber a qué se refiere, cómo no van a saber que si te mandan al SML algo te van a hacer. Eso te demuestra también que en este sistema de justicia uno es una carpeta o un rol, eres un número, no eres un ser humano. A ella no le importó nada enviarme a ese examen porque no conocía nada de ese examen... "ah es algo más que le tienen que hacer a este trans". Después de mi examen y esa brutalidad en el SML yo me propuse cambiar ese protocolo y después de un año y ocho meses aproximadamente se logró cambiar y hoy en día existe un protocolo en donde ni siquiera te tienen que ver. Y fijate que hay una cosa que se me olvidó porque además de que él me hizo tacto anal para ver si yo me dilataba, también el protocolo anterior consideraba que viera si yo tenía hemorroides... ¡como si las hemorroides fueran algo de la identidad de género! O sea mi papá tuvo hemorroides, yo creo que hay mucha gente que tiene hemorroides y mucha gente que va a leer tu tesis tiene hemorroides y no por eso son trans. Y otra de las cosas para mí súper violentas fue que para cambiar ese protocolo estuvimos en muchísimas reuniones con los médicos del equipo del SML y fijate que lo que más costó sacar del protocolo fue la revisión del ano... lo que más costó sacar y llega un minuto en que uno de estos médicos "genios" que están ahí y que además tienen un cargo tremendo en ese SML me dice "pero tú tienes que tener claro que es 'la' oportunidad que tienen 'ustedes' de estar con un médico... y un especialista, como para que los revise y ver si ustedes tienen un problema o alguna enfermedad" y mi respuesta a él fue "¿qué me está diciendo? o sea yo tengo plata para pagarle a usted y al que quiera... ¿qué está pensando usted que por ser trans nosotros no tenemos acceso a la medicina?, ¿que por ser trans tenemos que dar las gracias de que ustedes nos revisen y nos violenten de esa forma... que va a ser 'la' vez que un trans va a tener la posibilidad de verlos a ustedes?... o sea el servicio de salud del Estado debe velar por mi salud y entonces si yo pido hora a un especialista me la tendrán que dar, ¿qué se imagina usted?" Eso te demuestra la violencia con la que ellos actúan también, ellos dioses y nosotros basura, y cuando vamos a ver estos dioses les pertenecen nuestros cuerpos, y entonces como les pertenecen nuestros cuerpos él es dios, él

me puede revisar entero y hacerme lo que quiera porque "yo nunca más voy a volver a ver un médico porque no tengo plata para hacer eso".

CG: y porque además él es el que sabe y tú no sabes nada sobre ti mismo...

AR: exacto, él es dios. Entonces esas violencias fueron súper marcadas en mi proceso.

CG: Andrés y ¿cómo lograste cambiar ese protocolo? ¿cuáles fueron las acciones?

AR: ¡miles de reuniones! El director del SML - el doctor Patricio Bustos - fue el que dio la orden que se tenía que cambiar y que tenía que estar basado en el respeto a los derechos humanos, no podía ser violatorio de ninguna manera y el abogado que estaba en ese minuto - Ignacio Suárez - que en ese minuto era el jefe de "Jurídica" nos ayudó muchísimo en este proceso para ir cambiándolo. Hubo cosas que costó mucho, los médicos seguían insistiendo por ejemplo que nos midieran las manos porque los hombres tienen las manos grandes y las mujeres tienen las manos pequeñas o que nos midieran los pies... yo tengo la mano relativa... intermedia, pero para buena suerte mía me di cuenta que uno de los médicos que estaba ahí tenía la mano un poco más pequeña que la mía, entonces hice que pusiera su mano sobre la mía, palmas con palmas y a él le quedó un poquitito más chica su mano y le dije "oh tiene la mano más chica entonces va a tener que ser niña" y él me dice "no, yo soy hombre"... "no pues, usted me está diciendo que las mujeres tienen las manos chicas, que los hombres tienen las manos grandes y yo las tengo más grandes que usted: usted tiene que ser mujer". O sea yo tuve que buscar una serie de...

CG: resquicios, elementos, de todo...

AR: no se... a esas alturas hasta a mí me sonaba incongruente tener que explicar un tema de las manos... hablando de un tema de derechos humanos, porque hay mujeres biológicas que son grandes y que tienen las manos grandes, y hay hombres biológicos que son pequeños y que tienen las manos pequeñas, o sea ¿de dónde tanta estupidez como para decir manos pequeñas todas son mujeres, manos grandes todos son hombres? Es absurdo, y además en un tema trans es el no respeto al cuerpo, ¿no?

CG: entonces de lo que me estás contando se desprende que muchas de las prácticas médicas no se inspiran necesariamente en la ciencia sino más bien en prejuicios sociales.

AR: ¡pero absolutamente! y no solamente en prejuicios sociales sino también en prejuicios religiosos fundamentalistas y en prejuicios valóricos propios, o sea ya ni siquiera es lo que opine la sociedad... ellos deciden porque ellos son doctores, ellos saben todo, el resto no sabe nada, por lo tanto lo que ellos creen es la verdad, sus ideas religiosas son la verdad, sus ideas "normalizadoras" son la verdad.

CG: Andrés tu me cuentas que iniciaste este proceso de lucha por el respeto a tu identidad de género hace pocos años, en 2007, ¿puedo preguntar tu edad?

AR: si, por supuesto, 51 años.

CG: o sea tú tenías aproximadamente...

AR: 43 - 40 años, pero mi proceso empezó mucho antes. Lo primero fue a los 4 años, a mi me mandan a primero básico con una faldita, mi característica siempre ha sido una sonrisa pero ese día obviamente no me reía, era una falta, no me gustaba. Cuando mi papá me fue a buscar al colegio le dijeron que yo no había hecho, que me habían dejado "sentada", era niña no y ahí me había quedado, y entonces cuando llego a la casa tomo una aguja e hilo y empieza a cocer esta falda por la mitad, llega mi abuela, me pregunta qué estaba haciendo - yo estaba en la orilla de la cama, y con cuatro años había tomado una agujita solo y la había enhebrado - y le digo que un 'talón' [se refiere a un pantalón], ella me dice ¿te ayudo? y le pasé la aguja y ella terminó de cocer este 'talón'. De ahí en adelante fui con la misma ridiculez de falda porque yo juraba que era un pantalón y fui el niño más feliz yendo al colegio de pantalón. Esa fue como la primera manifestación. En mi época no se conocía nada más que no fuese la homosexualidad y homosexualidad gay, ni siquiera homosexualidad lésbica, entonces fue bastante complejo. Yo recién a los 30 años llego donde una psicóloga y ella tenía información sobre el caso de una niña transexual en Estados Unidos, entonces lo revisamos, lo leímos y yo dije claro "yo soy eso pero al revés". En ese minuto dije tengo que tener un colchón económico que me permita sostenerme a lo que se viene porque provengo de una familia católica apostólica romana, un padre guía con una madre catequista. Entre medio mi padre se enferma y yo decido acompañarlo hasta cuando fallece y hago mi proceso definitivamente a los 38 años.

CG: Andrés, si me permites en un plano más personal... ¿tú eres la primera persona en Chile que logra un cambio registral sin la necesidad de someterse a una cirugía de readecuación genital?

AR: si, de readecuación genital, porque además de la histerectomía a la que me obligaron, me sometí voluntariamente a una mastectomía, o sea sacarme los senos porque me resultaban un poco incómodos y efectivamente no me he hecho la cirugía de readecuación genital porque no creo en las construcciones genitales de los seres humanos, creo en las construcciones de los seres humanos, por lo tanto yo soy un hombre transexual con vagina.

CG: es decir, sin la necesidad de intervenir un cuerpo tenemos la posibilidad de respetar la identidad de las personas, en el fondo una enorme oportunidad de darnos cuenta que no necesitamos manipular la vida de nadie para tener un ambiente de respeto...

AR: no y si. No, en el sentido que sí manipularon mi cuerpo en la histerectomía porque querían asegurarse de que yo fuera infértil ya que yo siempre planteé que no me iba a hacer una operación de readecuación genital. Hoy en día no se pide la histerectomía, hoy sí tenemos jueces que están respetando las decisiones corporales y sí tenemos mujeres con pene - al menos dos o tres que ya han tenido su cambio registral de reconocimiento a la identidad de género, de femenino a masculino - y sí tenemos muchos más hombres con vagina que han logrado su cambio.

CG: ¿el cambio se refiere al sexo registral y al nombre?

AR: así es.

CG: Andrés, más allá de la violencia en común que viven las personas trans e intersex, quisiera preguntarte ¿cómo ves la situación intersex en Chile? A Chile se le ha preguntado en un par de oportunidades - en el marco de la ONU - sobre la existencia de un protocolo que asegure que los niños intersex no van a ser mutilados y que proteja sus derechos humanos, ¿qué podrías comentarme al respecto?

AR: bueno ese ha sido un tremendo trabajo - y lo digo humildemente aunque no suene así - que yo he estado realizando en Naciones Unidas, las recomendaciones que ha tenido Chile es porque no se había visibilizado nunca antes el tema intersex en Chile, lo he estado visibilizando yo...

CG: a través de la denuncia...

AR: a través de la denuncia y de los informes alternativos en donde damos a conocer la situación. Para mí ha sido entre comillas más rápido, más factible poder hacer denuncias en el tema intersex porque cuento contigo que estás constantemente investigando y entregándome informaciones, entonces me resulta mucho más práctico. En Chile efectivamente no se hace nada, mientras estamos conversando aquí es posible que esté naciendo un niño intersex y lo están mutilando. Eso es lo que sucede hoy en Chile, no hay un respeto a los niños intersex entonces estamos en conversaciones con el Ministerio de Salud, tú en el marco de tu tesis has elaborado un protocolo de atención a niños intersex que yo estoy leyendo y revisando, y me parece que va a ser uno de los mejores de Latinoamérica y no me cabe duda, hoy en día, el más avanzando que podría haber en el mundo, yo espero que tenga repercusiones súper fuertes a nivel mundial también tu protocolo y lo vamos a entregar oficialmente al Ministerio. Ahora, una cosa es entregarlo al Ministerio y otra es que el Ministerio haga la tarea, y hacer la tarea significa validarlo, entregarlo a los hospitales y hacerlo "ley"... no ley como un proyecto de ley, sino me refiero a su aplicabilidad dentro del Ministerio y los servicios de salud y que no sea un tema de voluntades por esta Ministra o por este Gobierno, que se va la Ministra y se acabó el protocolo. Que sea un instrumento legal del Ministerio y que sea efectivo. Creo que podemos avanzar, estamos mal... estamos pésimo, te estoy diciendo que están mutilando niños. ¿Podemos avanzar? sí, pero - esta es una reflexión personal - no avanzamos porque el Gobierno quiera avanzar o el Estado quiera avanzar, avanzamos porque la sociedad civil está presionando y denunciando al Gobierno, presionando y denunciando al Estado, para avanzar.

CG: bueno y además de hacer que los Estados avancen, está haciendo también que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos avance de manera progresiva y que toque otros temas que antes no había tocado como la intersexualidad, que hasta hace poco no era un tema tratado en Naciones Unidas por ejemplo...

AR: sí, quienes estaban denunciando en Naciones Unidas por ejemplo eran Mulabi con Natasha Jiménez, GATE con Mauro Cabral... personas contadas, y ahora que estamos nosotros denunciando. De hecho en el informe alternativo para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales está la temática intersex y la estamos denunciando, yo voy a tener una serie de reuniones pasado mañana con la gente del Comité porque mi idea es poder obtener nuevamente una recomendación específica en la temática,

por eso viajo de manera relámpago a Ginebra, estamos conversando en el aeropuerto y ya estoy mirando la hora (risas)

CG: pasando a otro tema, sobre las mallas curriculares de algunas carreras puntuales como psicología, administración pública, medicina u ojalá de todas, ¿por qué sería importante incluir ramos de derechos humanos...?

AR: yo creo que en la generalidad, lamentablemente, la poca educación que hay sobre la temática de identidad de género e intersex es también lo que aumenta las brechas de discriminación, uno le tiene miedo a lo desconocido porque lo desconocido es oculto, entonces en la medida que las mallas curriculares de diferentes carreras y ojalá de todas las carreras, si una persona trans va a llegar todos lados, no va a llegar solamente al hospital, va a llegar al municipio - porque es parte también de la sociedad - va a llegar a un consultorio, a una oficina del Estado, a solicitar becas, a postular un proyecto a Conycit... ¿por qué no? Yo creo que todas las mallas curriculares y todos los profesionales deberían tener presente estos temas pero con especial cuidado en educación, es decir, profesores y profesoras, educadoras de párvulos, también en psicología y psiquiatría.... porque no puede ser posible que existan profesionales de estas áreas que estén pensando en "repararnos", en "revertir" situaciones y "mejorarnos", ¿mejorarnos de qué? nosotros no necesitamos mejorarnos. En el caso de los educadores de párvulos y profesores - yo soy educador de párvulos - el primer contacto que tú haces en la más tierna edad es crucial y lamentablemente uno como profesor tiene cierto poder sobre los niños y las niñas, entonces si ellos están preparados, primero van a poder pesquisar mucho más rápido, van a tener los tips, herramientas y preparación para enfrentar una situación así con integración e inclusión y no haciéndolo sentir que es lo peor de este mundo. Haciendo así un acompañamiento en sus respectivos procesos y respetando su dignidad.

CG: Andrés, para finalizar esta conversación y puedas tomar tu vuelo me gustaría contarte que hace unos días tuve una entrevista con Ale, una persona intersex, quien supo la verdad detrás de su historia a los 35 años y recién ahora a los 37 está haciendo los trámites para lograr el respeto a su identidad de género. Esta persona me contaba que pese a todo el daño en su vida, cuerpo y corazón, desde el momento en que entendió su historia y empezó a vivir la identidad de género a la que siempre supo que pertenecía empezó a vivir... empezó a vivir la vida que nunca vivió y a encontrarle sentido a su existencia, a la que

nunca le encontró sentido. Me gustaría preguntarte si a ti te paso algo similar y ¿qué mensaje le entregas a todas las personas que pasan por algo similar, especialmente las intersex?

AR: no ser quien uno es, es lo peor que te puede pasar. Yo soy un tipo súper feliz siendo trans, pero no dar esa lucha de ser tú eso es lo complejo, desde el día en que me saqué los senos fui el tipo más feliz, pude ir al mar, me bañé y fue el minuto en que pude decir María Georgina es parte de Andrés, Andrés es parte de ella, pero prevalece Andrés... ese fue uno de los días más felices de mi vida. El único mensaje que puedo entregar es que hay un costo, es cierto, y a veces es súper alto, se te queda la familia atrás, empiezas a caminar solo, pero el caminar contigo, con la realidad tuya, con la verdad tuya, con lo que tú eres, es lo mejor que te puede pasar en la vida, hay gente que va a quedar en el camino pero hay otros que se van a sumar después, la soledad no es eterna. Lo más importante es que uno está con uno, no eres para los demás, no vives para los demás, vives para ti y esa es una de las dignidades más grandes que tiene el ser humano... vivir para uno.