



La intersexualidad en el discurso médico-jurídico

Daniel J. García López

Universidad de Almería y FLACSO (España)

danieljgl@gmail.com

Resumen

El paradigma de racionalidad sexual occidental se basa en las parejas dicotómicas macho-hembra, hombre-mujer, normal-anormal, sano-insano, moral-inmoral, lícito-ilícito. El Occidente democrático y defensor de los derechos humanos ha construido un dispositivo sexual en donde lo anormal debe ser corregido jurídica y quirúrgicamente. El nacimiento de un bebé intersexual supone un caso de urgencia psicosocial neonatal, imponiéndose la consiguiente cirugía de normalización sexual. En el presente trabajo se entiende que nos encontramos ante un supuesto de mutilación genital consentida por la sociedad, el derecho y la medicina que permite inmunizar la dualidad de sexos. Un tipo de violencia impuesta por el dispositivo médico, y garantizada por el aparato jurídico. Aunque no hay datos oficiales, se recoge en la conclusión de este trabajo que en el año 2012 posiblemente fueron mutiladas 22 personas intersexuales en el Estado español.

Palabras clave

Intersexualidad, mutilación genital, heteronormatividad, consentimiento informado, objeción de conciencia

The intersexuality in the medical-legal discourse

Abstract

The paradigm of Western sexual rationality is based on the dichotomies male-female, men-women, normal-abnormal, healthy-unhealthy, moral-immoral, legal-illegal. The democratic West has built a sexual dispositive where the abnormal must be corrected by the surgery and the legal. The birth of an intersexual baby represent a case of neonatal psychosocial emergency, consequently sexual normalization surgery is imposing. In this paper it is understood that we have a case of a genital mutilation consented by society, law and medicine that allows immunize the duality of sexes. A kind of violence imposed by the physician dispositive and guaranteed by the legal apparatus. Although there is no official data, this paper concludes that in 2012 around 22 intersex persons were mutilated in Spain.

Keywords

Intersexuality, genital mutilation, heteronormativity, informed consent, conscientious objection

“Imagine que usted es algo muy otro [...]. Imagine que desde que nace, todo el sistema le dice y le repite que es usted algo raro, anormal, enfermo, que debe arrepentirse de lo que es y que, después de achacarlo a la mala suerte y/o a la justicia divina, debe hacer todo cuanto le sea posible por modificar ese *defecto de fabricación*.”

¿Dónde y cuándo empieza la violencia?
Cuarto comunicado del EZLN, enero de 2013.

1. Heridas y cicatrices

“Me llamo Marta. Tengo 31 años. Tengo síndrome de insensibilidad total a los andrógenos. También tengo muchas cicatrices en mi cuerpo y otras tantas en mi alma. Las cicatrices del cuerpo a veces me producen molestias, otras me avergüenzan, y otras, ni siquiera me acuerdo de que están ahí. Con las cicatrices del alma es más difícil vivir. Aunque ahora puedo estar muy contenta, porque la mayoría sólo son cicatrices. Hubo un tiempo en que eran heridas, heridas que yo no sabía cómo curar, y por eso llegué a pensar muchas veces que no sanarían, y esta forma de pensar sólo hacía que las heridas se hicieran más grandes” (Marta).¹

El síndrome de insensibilidad a los andrógenos o feminización testicular (en sus siglas AIS) se muestra por la ciencia médica como una doble patología: corporal y psicológica. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), a cargo de la American Psychiatric Association, lo codifica en el marco de los “trastornos de la identidad sexual no especificado.” Dentro de esta categoría se incorporan las “enfermedades intersexuales (p.ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y disforia sexual acompañante” (DSM, 2003: 642). En la versión V, publicada en mayo de 2013, se ha reconducido la intersexualidad (*Disorders of Sex Development*) hacia los fenómenos de incongruencias de género en el marco de la disforia de género. En el fondo, nada cambia.

Pero Marta no solo es una persona catalogada con un trastorno mental. El cuerpo de Marta es un cuerpo *aberrante*. Cromosómicamente se manifiesta como XY así como sus gónadas poseen las características *propias* del hombre, pero sus genitales, su fenotipo y su sexo asignado pertenecen, en cambio, al polo femenino. La vagina suele ser más pequeña de lo *normal* –entendiendo normal como aquella capaz de albergar a un pene– y están presentes hormonas masculinas, pero un *defecto* en los receptores hace que el cuerpo no las procese total o parcialmente. Por eso Marta ha sido sometida desde su nacimiento a innumerables cirugías. Su cuerpo es un mapa de cicatrices, una cartografía biopolítica que muestra cómo se ejecuta la heterosexualidad dominante, la heteronormatividad.

2. Entre el derecho y la medicina

Si acudimos a los conceptos *normal* y *patológico* (Canguilhem, 1971), el modelo biomédico del cuerpo sería el siguiente. Lo normal (moral, lícito, sano) reside en las situaciones: 1) nacer como hombre (pene, escroto, testículos,

¹ El testimonio de Marta se recoge en la plataforma *Grupo de Apoyo a favor de las personas afectadas por el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos y condiciones relacionadas*. Disponible en: <http://grapsia.org/content/view/23/>. Revisado el 17 de febrero de 2015.



cromosomas XY) o como mujer (clítoris, labios, vagina, útero, trompas de Falopio, cromosomas XX) biológicamente predeterminados (dimorfismo de género y monosexualidad) y socialmente manifestados (masculinidad y feminidad); y 2) orientar el aspecto afectivo-sexual hacia personas de diferente sexo (coherencia entre sexo, género y deseo, como señalara Butler (2010: 54-56). *Mutatis mutandis*, lo patológico (inmoral, ilegal, insano) que debe ser corregido –y que como excepción confirma la regla– reside en: 1) no nacer como hombre o como mujer biológicamente predeterminados y socialmente manifestados; y 2) orientar el aspecto afectivo-sexual hacia personas del mismo sexo o hacia prácticas no reproductivas. En el marco biopolítico de la modernidad, se trata de contener la amenaza al orden liberal a través de la administración y la contención de los sujetos peligrosos, esto es, aquellos que pudieran poner en riesgo el sistema económico-político. En dos palabras: peligrosidad predelictual.

Los espacios propicios para que este modelo se desarrolle, desde el siglo XX, están siendo el quirófano y el registro civil. El sujeto que lo pone en peligro, y para el cual el modelo binario saca su artillería más pesada, reside en la figura del intersexual. Se trata de un cuerpo *insumiso* que pone en riesgo la supuesta naturalidad de la dualidad sexual (García Dauder *et al.*, 2007: 35). Lo cierto es que a lo largo de la historia se han documentado numerosos casos de sujetos nacidos con ambigüedad genital, con órganos sexuales tanto masculinos como femeninos. Hasta bien entrado el siglo XIX, era el ámbito judicial el que imponía la norma: debía vivirse conforme a uno solo de los dos sexos o bien se condenaba a la muerte. El caso más llamativo fue el de Herculine Barbin, intersexual del siglo XIX que acabó con su vida a la edad de veinticinco años tras una sentencia que lo/a condenaba a vivir acorde a uno de los dos sexos.

Pero conforme la cirugía fue avanzando, la labor judicial dio paso a la labor médica. El derecho, en cierto modo, se desentendió del cuerpo hermafrodita. Será un experto en salud quien decida si se trata de un macho o una hembra², biológica y jurídicamente hablando. De esta forma, el discurso *científico* se apodera del ámbito de lo jurídico, especialmente en sede judicial.³

El espacio del quirófano

El punto de inflexión sobre el que actualmente se apoya la medicina y el derecho para tratar la intersexualidad lo encontramos en John Money. Este psicólogo de la Johns Hopkins University comenzó a tratar la intersexualidad desde principios de los años 50 del siglo pasado (un resumen de sus tesis en Money y Ehrhardt, 1982). Con este autor y sus colaboradores más estrechos se lleva a cabo la era de la cirugía, esa distopía que lanzó Bell medio siglo antes: manifestó que era necesario eliminar las características anómalas a través de un procedimiento quirúrgico. Se trataba de asignar y construir quirúrgicamente un solo y creíble sexo para cada cuerpo ambiguo (Dreger, 1998: 157-166).

El quirófano estaba dispuesto. El dispositivo desplegó sus efectos: la mirada clínica se posó sobre los genitales. Para que las personas, desde la infancia, puedan desarrollar una identidad de género estable se deben conseguir los genitales correctos. Podríamos decir que se trata de una proposición de *virtud*, de vida buena.

² Se utiliza la terminología biomédica.

³ He realizado un repaso a las relaciones históricas entre derecho y medicina en el contexto intersexual en *Aberraciones de la carne* (de próxima publicación por la Editorial Melusina).

Money considerará a los intersexuales como sujetos anormales y defectuosos (Money y Ehrhardt, 1982: 7 y 24). La uróloga española Piró Biosca (2001: 129) también lo señala: “Podemos decir que estamos ante un caso de intersexualidad o ambigüedad sexual frente a un individuo con discordancia entre la morfología de sus genitales externos e internos. Son el resultado de errores en el desarrollo sexual del feto, ya sea a nivel cromosómico, embriológico o por defectos bioquímicos.” Aunque desde una inicial perspectiva construccionista, las tesis de Money terminaban por esencializar la heterosexualidad (Hausman, 1998: 221).

Por resumir brevemente lo que se ha venido a llamar el *Protocolo Money* (*Optimal Gender of Rearing*) –una guía que ha devenido de aplicación universal, aceptada por el mundo científico sin crítica ni resistencia (Nieto, 2008: 365)–, todos los recién nacidos (ya sean intersexuales o no) son psicosexualmente neutrales al nacer y en su primera infancia. Se determinarán por los genitales y la crianza. De ahí que la identidad de género es producto de un proceso de socialización. Por lo que se puede producir el género si se consigue una razonablemente creíble anatomía sexual, es decir, hacer que los genitales se vean estéticamente correctos. Para ello será preciso un tratamiento de normalización quirúrgica y hormonal. Se producen aquí dos dualismos: sexo-género y cuerpo-mente. Las normas del reglamento del género poseen, como veremos, sus propios instrumentos de imposición (Butler, 2010: 67-88).

El discurso biomédico asocia la intersexualidad con un fallo en el proceso normal de desarrollo del feto. De esta suerte, cualquier combinación que no responda a la secuencia entendida como normal en la diferenciación sexual será juzgada patológica (Gracia, 2001: 83; Gregori, 2006: 105). En el nacimiento de un bebé con genitales ambiguos se ha de proceder, en un plazo medio de 72 horas tras el nacimiento (Piró, 2001: 129), al diagnóstico y a la fijación del sexo a producir a través de cirugía normalizadora o correctiva de urgencia. Al concebirse la intersexualidad como una patología, su normalización viene costeadada por la Seguridad Social. En cambio, dicha cobertura no está reconocida, salvo excepciones, para las personas transexuales, pues se entiende que son cirugías estéticas. El protocolo médico para el tratamiento de transexuales marca esta diferencia también con los intersexuales (Coleman *et al.*, 2001: 207-209).

Como señala Fausto-Sterling (2006: 65), “no hay tiempo que perder en reflexiones sosegadas o consultas con los progenitores. 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, y los progenitores deben estar convencidos de que la decisión ha sido la correcta.” La cirugía, si no se realiza en los primeros días de vida del recién nacido, debe hacerse en los primeros doce meses. Pareciera que es necesario imponer el olvido, que la persona sometida a cirugía no recuerde su cuerpo anterior.

Se entiende que la intersexualidad es incompatible con la salud emocional de los padres y del intersexual debido al rechazo social, así como con el sistema jurídico. De ahí que la literatura médica aconseje que el equipo médico distorsione, oculte y mienta con respecto a la información aportada a los padres (Chase, 2005: 90; Fausto-Sterling, 2006: 85-86). Pero lo paradójico es que el estado intersexual, salvo contadas excepciones (Mason, 2013: 154), no es dañino para la salud (Gregori, 2006: 111).

En ese plazo de tiempo, el equipo médico –formado, en el mejor de los casos, por obstetras, genetistas clínicos, pediatras endocrinólogos, cirujanos



urólogos o ginecólogos y psicólogos— debe decidir y determinar de forma urgente, inequívoca y definitiva qué sexo (natural) asignar (desvelar) y construir quirúrgicamente, para poder informar a los padres y comenzar a formarlo en su género correspondiente (García Dauder *et al.*, 2007: 35).

El problema al que nos enfrentamos en este momento previo a la intervención quirúrgica es el siguiente: ¿en qué ha de basarse el equipo médico para desvelar el sexo natural? Los manuales de medicina (endocrinología pediátrica, ginecología o genética) introducen el tema de la intersexualidad explicando cuál es el proceso normal de diferenciación sexual en los seres humanos y qué ha de entenderse por sexo biológico (Gregori, 2006: 105). ¿Sexo cromosómico (XX, XY), sexo hormonal, sexo morfológico genital (vagina, vulva, pene, próstata), sexo gonadal (ovarios, testículos), sexo fenotípico (caracteres sexuales secundarios), psicosexual, sexo social? Ello se hará en base a un principio general: la progresión sexo-género se invierte a través de la fórmula género-sexo-género (García Dauder *et al.*, 2007: 37). Lo que quiere decir que son las expectativas sociales sobre el género, basadas en la anatomía genital externa, las que determinan la asignación:

Los individuos de genotipo femenino siempre deberían criarse como mujeres, *preservando el potencial reproductivo*, con independencia de su virilización. En cambio, la asignación de género a los individuos de genotipo masculino se basa en su anatomía, principalmente el tamaño del falo (Donahoe, 1991: 527).

La asignación de sexo estará generalmente condicionada por la anatomía de los genitales externos, por las posibilidades de reconstrucción quirúrgica, por la respuesta hormonal en la pubertad y también, en parte, por las preferencias de los padres (Piró, 2001: 130).

Se justifican las dolorosas intervenciones quirúrgicas como un mal menor con respecto al daño psicosocial. Como apunta Cheryl Chase (2000: 124), si se trata de ponderar males, producir un cuerpo vagamente de mujer, infértil, que no menstrua, que quizás carezca de función sexual, sin placer, con dolores genitales, ¿es más doloroso que tener un pene pequeño? Quizás lo que se esconde en el fondo es que el dolor de la mujer se encuentra minusvalorado.

58

La cirugía únicamente pretende acomodar performativamente los genitales externos del bebé a las expectativas sobre cómo debe desarrollar su género en condiciones de normalidad (Reis, 2013: 138). Todo depende de una simple regla aplicada sobre el tejido eréctil, el irónicamente llamo *Phall-o-meter* o *falómetro* (Fausto-Sterling, 2006: 81-84).⁴

Existen documentos que testimonian sobre el uso de esta medida siglos antes, llegando hasta el siglo I con la amputación de clítoris hipertróficos por el cirujano Leónidas de Alejandría. En el siglo XVII, Henrika Schuria fue condenada a ser quemada como una bruja —aunque finalmente fue rebajada su pena a la de exilio— por poseer un clítoris que igualaba en longitud a la mitad de un dedo (Laqueur, 1994: 239). Un texto de 1757 escrito por Martín Martínez, *Anatomía completa del hombre, con todos los hallazgos, nuevas doctrinas y observaciones raras, y muchas advertencias necesarias para la cirugía*, señalaba lo siguiente:

⁴ Podría pensarse que la forma más idónea es a través de un análisis cromosómico. No obstante, existen varios inconvenientes: hay varios tipos de intersexualidad, por lo que podemos encontrarnos con XXY, XO, etc.; no todos los hospitales poseen presupuesto para ello; el tiempo medio para la obtención de resultados es de 20 días; recordemos que la Ley del Registro Civil (de 1957) establece un plazo para la inscripción del recién nacido (con nombre, apellidos, filiación y sexo) de entre 24 horas y 8 días (artículo 42). Este período se acortará con la nueva ley, de 2011 (con *vacatio legis* de cuatro años), a 24 horas (artículo 46).

“Pemplo vio tan grande el Clítoris en una mujer, que abusaba de esta parte, seduciendo a otras de su sexo. Diemerbroech cuenta haber conocido a otra cuyo Clítoris era tan grande como un Miembro Viril. Finalmente Bartholino refiere entre los casos raros, que el Clítoris en una Veneciana se osificó con la frecuencia del abuso venéreo. En el caso de crecer tan extraordinariamente el Clítoris, para evitar la incomodidad, se suele cortar lo más cerca que se puede de su raíz, impidiendo el flujo de sangre con los astringentes, y conveniente ligadura.” (Salamanca, 2007: 307). 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: 42-43).

¿En qué consiste actualmente el falómetro? Menos de 2,5cm es un pene demasiado pequeño como para orinar de pie o penetrar (Money y Ehrhardt, 1982: 5); más de 1cm es un clítoris demasiado grande y ofensivo como para que la futura pareja –se presume la heterosexualidad coitocéntrica, pues se trata de ser penetrada: la vagina, por tanto, ha de poseer una medida (diámetro y longitud) adecuada para acoger un pene– obtenga relaciones sexuales satisfactorias (García Dauder *et al.*, 2007: 36; Gregori, 2013: 9). Si el equipo médico considera que esa protuberancia puede ser entendida como un pene creíble, o bien creen que pueden hacer de él un pene creíble, será asignado como hombre. De lo contrario, nos encontraremos ante una mujer (Piró, 2001: 131). He aquí la cirugía inicial: *el tamaño importa* en tanto muestra la capacidad funcional de los genitales externos. Por tanto, el diagnóstico se realizará sobre la base de la simple apariencia genital y una creencia: el tamaño del pene y la capacidad para tener relaciones coitales heterosexuales. La presencia o ausencia de pene determina, por tanto, la inclusión en uno de los dos polos posibles a través de una operación de semejanza y diferencia.

59

De hecho, en ocasiones se realizan pruebas para comprobar la futura funcionalidad (hetero)sexual (Rovira, 2003: 34). Se administran hormonas para comprobar si el pene del recién nacido podrá desplegar su capacidad sexual en la pubertad, cuando las hormonas las genere el propio cuerpo. Se trata, en definitiva, de comprobar si podrá ser un pene eréctil que pueda penetrar una vagina.

Asimismo, la construcción de neovaginas, realizadas a partir del colon o de injertos de piel de la propia persona intersexual, implica un mantenimiento de la intervención a través de la dilatación periódica: al menos durante quince minutos, dos veces al día durante años (Kessler, 1998: 49). De lo que se deduce que el equipo médico presupone el momento en que comenzará a tener relaciones sexuales, que esas relaciones serán coitocéntricas y heterosexuales. Pues si no es penetrada periódicamente, el tejido se irá atrofiando. Lo que se pretende es construir una vagina lo suficientemente grande como para albergar a un pene, es decir, una vagina estética y funcionalmente correcta, aunque para ello se precise la eliminación del placer a través de la reducción del clítoris (Gregori, 2006: 110-112).

Se trata de fomentar *cuerpos fá(mé)licos*: se potencia el cuerpo fálico, se destruye el clítoris fálico, se abandona como cuerpo famélico a la suerte de la cirugía y la farmacología. La norma señala la genitalidad correcta y la genitalidad anormal. He aquí los juegos de verdad del régimen heteronormativo: “La determinación univariada, no multivariada, del sexo como masculino o bien femenino posee el status de la verdad eterna” (Money y Ehrhardt, 1982: 6).

Realizada la cirugía se produce la colonización final del cuerpo en base a un doble tratamiento para adaptar al bebé a su nuevo sexo asignado: 1) hormonal (tratamiento farmacológico) encargado de la vigilancia de la verdadera identidad



sexual y 2) psicológico (terapia de modificación de conducta). Se esculpe el cuerpo y se ajusta la identidad de género en base a una serie de expectativas sociales sobre lo masculino o sobre lo femenino a razón de un deseo heterosexual. Sexo, género y deseo se naturalizan.

Tras la cirugía, la normalización social se realizará a través de la familia, principalmente, y la escuela. Se debe adoctrinar en su identidad de género para compensar, en cierta medida, el déficit biológico. Una concepción de la identidad que mantiene tres columnas: estática (no varía a lo largo del tiempo), exclusiva (un sexo, un género) y excluyente (García Dauder *et al.*, 2007: 39). Corporalidad e identidad quedan entrelazadas.

La anormalidad genital que portan las personas intersexuales pone en riesgo la identidad social y jurídica tanto a un nivel sincrónico (en el momento del diagnóstico) como diacrónico (durante toda la vida del sujeto). He aquí, como ha apuntado Mauro Cabral, una paradoja. A partir del siglo XX no es posible ni médica ni jurídicamente el sexo verdadero, pues la asignación de género ya no es constativa sino performativa (al existir una variedad de sexos en la persona: cromosómico, gonadal, genital, hormonal, psicológico), pero al darle una posición central a los genitales a la hora de asignar un género se establece esa vinculación normativa entre identidad y genitalidad: “los genitales *hacen* género, proyectando la identidad sexual como ficción normativa y totalidad ‘congruente’, a la cual los sexos bioanatómicos y psicosociales se subordinan, en cada sujeto, más o menos disciplinadamente” (Cabral, 2006: 54).

De esta triple intervención (quirúrgica, hormonal y psicológica), a la que hay que añadir la intervención jurídica consistente en la inscripción en el Registro Civil del recién nacido de acuerdo al sexo asignado quirúrgicamente, se deduce: 1) que debe haber solo dos sexos; 2) que la heterosexualidad es lo normal –incluso se ha hablado de los peligros de *padecer* conductas homosexuales (Schultz, 1963: 538-559; Piró, 2001: 130)–; y 3) que los roles de género (masculino y femenino) están determinados como esencias y son psicológicamente saludables (Fausto-Sterling, 2006: 63). Se trata de construir el verdadero sexo a través de unos “genitales anatómica y funcionalmente correctos que le permitan vivir una vida adulta identificado física y psíquicamente con el sexo asignado” (Piró, 2001: 129).

En definitiva, esta tecnología médico-jurídica tiene como fin conformar, lo máximo posible, el cuerpo del bebé al sexo asignado, aquel verdadero que procede del cumplimiento de la norma a través de la mirada del experto. Así se consigue una persona saludable ya no físicamente, sino socialmente. Se encuentra ajustada a la norma en lo que respecta a su apariencia exterior.

De esta forma, cualquier conciudadano puede advertir si los genitales de la persona intersexual sometida a cirugía y hormonas corresponden a la norma de la condición humana, es decir, si su anatomía externa es correcta. A ello hay que sumar una adecuada socialización familiar (roles de género). Porque lo que se busca no es la carencia de enfermedad, sino, siguiendo la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de 1997, “un estado completo de bienestar físico, mental y social.” No se trata de salvar la vida o mejorar su calidad. En última instancia lo que se pretende es satisfacer necesidades sociales, preservando la verdad de la dualidad de sexos (García Dauder *et al.*, 2007: 36). Para mantener un orden social heteronormativo se precisa presuponer su coherencia con un orden natural, a través de la demarcación de lo masculino y lo femenino, así como la exclusión/corrección de lo anormal.

¿Por qué se patologiza la diferencia o la transgresión en lugar de socializarla? ¿Por qué seguir manteniendo la política de los dos sexos cuando existen evidencias corporales que la cuestionan? Para el sistema heteronormativo, la persona intersexual es un sujeto *perverso* aunque no haga nada. Lo es en todo momento. Su mera existencia es pura perversión. Lo siniestro ha salido a la luz y, desde su cercanía, nos pone en riesgo.

El deber jurídico (implícito) de mutilar

En palabras de Cheryl Chase (2005: 89), “el nacimiento de un bebé intersexual, hoy en día, se considera una ‘emergencia psicosocial’ que lleva a actuar a un equipo multidisciplinar de especialistas intersexuales. Significativamente son cirujanos y endocrinólogos más que psicólogos, bioéticos, representantes de organizaciones de apoyo a los intersexuales o padres de bebés intersexuales.”

El hecho de que un nacimiento intersexual sea considerado una *urgencia* o *emergencia psicosocial neonatal* (Piró, 2001: 129; Rovira, 2003: 34) nos sitúa ante una problemática jurídica de calado. Si se trata de un caso de urgente, ¿es posible la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios que intervienen en la cirugía de asignación de sexo?, ¿cómo ha de ser el consentimiento informado de los progenitores o tutores?, ¿quién tiene derecho a cambiar el sexo y los genitales?, ¿tiene el equipo médico responsabilidad sobre las posibles consecuencias futuras del intersexual sometido a cirugía?, ¿qué consecuencias se derivan para los padres o tutores? Asimismo, cabe plantearse una duda general que venimos ya respondiendo a lo largo de este trabajo: si se trata de una urgencia psicosocial, ¿por qué no se interviene en primer lugar con un tratamiento psicológico?, ¿no será que lo urgente es la cirugía para adaptar un cuerpo a los requisitos de normalidad y lo psicosocial es un segundo paso consistente en la vigilancia del género?

61

Esta serie de preguntas nos sitúa en un marco jurídico oscuro, complejo y con lagunas a resolver. A continuación se analizará la problemática que suscita las intervenciones quirúrgicas a personas intersexuales y cómo el sistema jurídico avala, en un marco interfóbico, lo que podríamos considerar, sin riesgo a equivocarnos, una *mutilación genital* (Kessler, 1998: 39-40) practicada en los hospitales del llamado *Occidente democrático y defensor de los derechos humanos*: la variabilidad sexual es traducida en ambigüedad genital a causa de errores de desarrollo corregibles; a través de intervenciones quirúrgicas y hormonales el cuerpo es ajustado a la norma. Mostraremos la existencia de un deber jurídico implícito de mutilar (es decir, un aval jurídico para quien practica la mutilación) a través de las instituciones del consentimiento informado y de la objeción de conciencia.

Consentimiento informado

La destrucción de genitales intactos y la castración están institucionalizadas y legitimadas por el discurso médico-científico como correcciones de genitales –y el elenco de adjetivos es propio de la literatura médica– deformes, anormales, ofensivos, embarazosos o viciados en su desarrollo. Lo que para la medicina es *deformidad* en el ámbito pre-quirúrgico, *creación* a través de la intervención y *genitales corregidos* en el momento posterior a la cirugía, para la persona intersexual son *genitales intactos* en el ámbito pre-quirúrgico, *destrucción* a través de la intervención y *genitales mutilados* y *artificiales* en el momento posterior a la cirugía (Kessler, 1998: 40). A través de esta corrección se desvela el verdadero sexo. La mutilación es vestida de *habilitación*. Todo ello amparado por un sistema jurídico que obliga a los sujetos a vivir conforme a uno de los dos únicos sexos. Son



solo estos dos sexos los privilegiados que pueden gozar de los derechos fundamentales.

¿Es imaginable este mismo tratamiento quirúrgico para personas que se hallen en otra variabilidad? Pensemos en personas con capacidades intelectuales diversas a la media, ¿aceptaríamos un tratamiento quirúrgico para reconducirlas a la norma?, ¿extraeríamos una parte del cerebro de una persona con altas capacidades para evitar así su anormalidad y el riesgo de inadaptación social?, ¿y por qué sí se acepta esta forma de *eugenesia* para quien se aparta de la normalidad sexual?

Tanto es así que el principio de no discriminación por razón de sexo, consagrado en el artículo 14 de la Constitución de 1978, y que ha permitido la eliminación, al menos en términos jurídicos, de las desigualdades entre hombres y mujeres –no en el plano socio-económico–, no se aplica a las personas intersexuales. ¿Por qué sí se permite su discriminación por razón de sexo? ¿Por qué se permiten los tratos crueles y degradantes en las personas intersexuales? A estas cuestiones, que aún no han sido planteadas en la jurisprudencia española, se tratará de dar forma a continuación.

Por no extender más estas cuestiones generales, en el tema que nos ocupa se producen dos hechos que dificultan la aplicación del deber de respetar la autonomía del paciente. En el caso de nacimiento de bebés intersexuales o con ambigüedad genital, en primer lugar nos encontramos con menores de edad que se encuentran bajo tutela legal. Deben ser los tutores quienes tomen la decisión última sobre el recién nacido, es decir, la firma que debe aparecer consintiendo o rechazando la cirugía de asignación de sexo debe ser la de los tutores del menor de edad. No obstante, el interés del menor –que no los derechos del menor⁵– se encuentra por encima de los deseos de los progenitores. Tanto es así que en caso de conflicto entre el interés del menor y el interés de los progenitores, debe ser una autoridad independiente quien haga prevalecer el principio del interés superior del menor. Dicha autoridad ha de ser un juez o tribunal, la autoridad administrativa o el Ministerio Fiscal (Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2000). Sin embargo, al no existir regulación sobre la intersexualidad (laguna jurídica), el interés del intersexual será determinado en exclusiva por el equipo médico. No hay intervención de esa autoridad independiente. No la hay porque se entiende que no existe conflicto de intereses: el menor intersexual ha de ser corregido.

Pero la cuestión se agrava notablemente en la praxis médica. Como se señaló, nos encontramos ante una *urgencia psicosocial*. Se entiende que si no se realiza la intervención quirúrgica, el menor sufrirá una serie de problemas en su desarrollo y en su relación con la sociedad. No se explicita que la intersexualidad pueda provocar graves problemas de salud, sino de adaptabilidad social. La cuestión va más allá de las posibles polaridades opuestas: no se trata de elegir entre modificar el cuerpo a través de la cirugía o esperar a que decida la persona intersexual. No se produce tal polaridad (Murray, 2009: 266). El argumento del tipo *la cirugía es mejor ahora* ignora las necesidades del paciente, su voz y su autonomía (Chase, 1998: 155). Recurriendo a la jurisprudencia española –aunque no ha habido pronunciamientos sobre intersexualidad–, se ha entendido que el deber de consentimiento informado se suspende.

⁵ Como mera curiosidad se puede señalar que no se habla de derechos sino de interés: no se trata de proteger un status jurídico sino una utilidad.

Por ejemplo, la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 10 de abril de 2003⁶, señala textualmente que “la información deviene en secundaria y accidental en términos de la sentencia impugnada ya que *per se* la enfermedad debía ser tratada y superada mediante el adecuado tratamiento médico-quirúrgico, y el riesgo de la propia patología era tan grave y fatal que determina el de la intervención más allá de la propia información” (Fundamento Jurídico 1).

Diversas sentencias del Tribunal Supremo (Sentencia de lo Contencioso-Administrativo de 9 de noviembre de 2005, Sentencia de la Sala de lo Civil de 10 de mayo de 2006, entre otras) establecen la obligatoriedad del consentimiento informado incluso en situaciones de necesidad de la intervención. Sin embargo, en caso de encontrarnos no ante una necesidad sino una urgencia, la jurisprudencia cambia radicalmente. En estos supuestos el Tribunal Supremo ha optado por la innecesidad del consentimiento informado en aplicación del artículo 9.2 de la Ley de Autonomía del Paciente, que permite la ausencia de consentimiento “cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.” Así ha sido declarado por el Tribunal Supremo, por ejemplo, en la Sentencia de lo Contencioso-Administrativo de 16 de mayo de 2005. Señala el alto tribunal que se exceptúa la obligatoriedad del consentimiento en aquellos casos urgentes que ni permitan demoras, bien por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles, bien por existir peligro de fallecimiento. Asimismo, en un estado de necesidad terapéutica, como establece el párrafo cuarto del artículo 5 de la Ley de Autonomía del Paciente, el profesional sanitario puede actuar sin informar al paciente previamente.

Al entenderse que la intersexualidad provoca un grave riesgo, la práctica médica emplea el término *urgencia o emergencia psicosocial* para legitimar la cirugía del neonato excluyendo la obligación del consentimiento informado. Aunque es cierto que tras diversos escándalos la práctica está cambiando, los equipos médicos no informan a los progenitores o tutores (amparados por lo que la jurisprudencia ha venido a llamar *información excesiva*: el Tribunal Supremo ha entendido en diversas resoluciones que mantienen una zona de exclusión de la información. No hay que olvidar que la Ley de Autonomía del Paciente no habla de *información completa* sino de *información adecuada*. Ello implica que es el equipo médico el que determina qué es lo adecuado (Pelayo, 2009: 98-100), no mencionan palabras tales como hermafrodita o intersexual sino que las sustituyen por *anomalía de los cromosomas sexuales, anomalía gonadal o anomalía de los órganos externos*, les mienten no indicando que se trata de un estado intersexual que no afecta a la salud del bebé sino que se trata de una malformación o una patología que, dada la pericia médica a la hora de descubrir el verdadero sexo, debe ser restituida a través de cirugía (Kessler, 1999: 22-24; Fausto-Sterling, 2006: 71), llegando incluso a sedarlos para firmar el consentimiento (Dreger, 1998: 192-197; Chase, 2005: 90 y Fausto-Sterling, 2006: 85-86).

Un estudio reciente compara la decisión de los progenitores dependiendo de la información que reciben del equipo médico. Ante una información enfocada en la medicalización, el 65,9% de los progenitores optaron por la cirugía mientras que un 34,1% la rechazó. Por el contrario, la información que centra su atención en la desmedicalización provocó que los porcentajes se invirtieran: el 77,1% rechazó la cirugía y el 22,9% la acogió (Streuli *et al.*, 2013: 1953-1960).

⁶ Se trata de un caso de peritonitis fecaloidea como daño colateral de una operación quirúrgica de una endometriosis pélvica y síndrome adherencial al resultar perjudicada por una escalera del láser a consecuencia del uso de la vídeo-laparoscopia.

Otras veces la palabra *cáncer* es pronunciada de tal forma que realmente no hay una elección (Karkazis, 2008: 92). Es significativo en este sentido que la guía para padres que publicó en el año 2012 la Johns Hopkins Press insista en esta palabra tan temida (Wisniewski *et al.*, 2012: 62-71),⁷ a pesar de que el riesgo de padecer cáncer no se ha probado, salvo en caso de disgenesia gonadal (Crocetti, 2013: 140; Lee *et al.*, 2006).⁸ La capacidad de discernimiento, que se le exige al tutor para explicitar su consentimiento, queda de esta forma menoscabada.

Lo paradójico, como resalta Nuria Gregori Flor (2006: 116), es que gracias a la perspectiva biologicista sobre la identidad sexual durante el período intrauterino que asume el aparato médico, este puede eludir cualquier posible responsabilidad en el hipotético caso de ser denunciado por error médico en la asignación de sexo: “lo que no es demostrable no es denunciabile, y en este caso, los límites de la ciencia aparecen como justificación ante posibles errores.”

A ello hay que añadir lo establecido en el Código Civil español, en el marco de una tradición jurídica extrapolable a otras latitudes. Señala el artículo 29 que el nacimiento determina la personalidad. Hasta la reforma de 2011, el artículo 30 señalaba que “para los efectos civiles, sólo se reputará nacido el feto que tuviera figura humana y viviera veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno.” Es decir, para ser persona en términos jurídicos debían producirse tres hechos: 1) nacer, 2) vivir durante veinticuatro horas y 3) poseer forma humana. Este último requisito excluye de la personalidad a aquellos seres que no encajan en el marco normativo de la condición humana. Podríamos pensar que la cirugía intersexual viene impuesta por este artículo 30 del Código Civil en lo que respecta al sexo que puede poseer la figura humana, pues, además, el recién nacido debe ser inscrito inmediatamente en el Registro Civil, aquel archivo de la verdad que goza de presunción de exactitud como reza el artículo 16 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. No obstante, el artículo 166 del Reglamento del Registro Civil permite un plazo de treinta días para la inscripción siempre que se acredite justa causa, esto es, de forma excepcional. Cabe la duda de quién establece qué se entiende por justa causa. Asimismo, el artículo 46 de este cuerpo legal obliga a la dirección de hospitales, clínicas y establecimientos sanitarios a comunicar el nacimiento a la Oficina del Registro Civil en el plazo de veinticuatro horas. Es en este momento cuando surge la identidad jurídica. La inscripción del nacimiento es un título declarativo del estado civil de la persona, esto es, declara la verdad oficial de los hechos y circunstancias.

En Francia, el artículo 57 del *Code Civil* establece que en la inscripción de nacimiento debe aparecer, entre otros factores, el sexo del inscrito. La jurisprudencia gala al respecto ha señalado que todos los individuos, aunque presenten anomalías orgánicas, tienen la obligación de ser inscritos en uno de los dos sexos, masculino o femenino (Borrillo, 2009: 54-55). De hecho, esta fue la interpretación que se hizo durante un largo período de tiempo: la cirugía vendría

⁷ En el capítulo dedicado al tratamiento para asignar uno de los dos únicos géneros posibles, pues la guía no se cuestiona la artificialidad del sexo-género, los autores de la guía sitúan la cirugía como el único remedio para *prevenir cáncer*. Si bien es cierto que el riesgo de desarrollar en el futuro un cáncer existe, no es tan alto como para justificar *en todo caso* la cirugía.

⁸ En el *Consensus* de 2006 se establece una tabla con las posibilidades de sufrir tumoración (que no es lo mismo que cáncer): el riesgo más alto se encuentra en PAIS con gónada intra-abdominales, disgenesia gonadal (entre el 35 y 50%); en cambio, en el resto no llega el 10% (en CAIS o Turner es del 2 y 1% respectivamente). Lo que no se recoge es el índice de mortalidad. La *Organisation Intersex International Australia* lanzó una campaña en la red social facebook en 2014 con un mensaje significativo: “Doctors remove the gonads of all intersex females with A.I.S-Androgen Insensitivity Syndrome because 9% might later develop cancer. Doctors do not remove the breasts of all females because 12,7% might later develop breast cancer.”

impuesta por el imperativo del sexo civil (Vázquez García y Cleminson, 2012: 216). El calificativo de urgencia respondería únicamente a los plazos para la inscripción registral del neonato. Del mismo modo, la vigente Ley española del Registro Civil establece en sus artículos 44.2 y 49 que en la inscripción de un nacimiento debe contenerse la siguiente información: nombre y apellidos, fecha, hora y lugar de nacimiento, identidad, sexo y filiación. En lo referente al sexo, de acuerdo al artículo 170 del Reglamento del Registro Civil, en la inscripción constará “si el nacido es varón o mujer y el nombre impuesto.” Dicha inscripción, como apunta el apartado tercero del artículo, se realiza acompañándose del “parte facultativo”.⁹ Así, lo dicho por el experto (médico) queda reflejado en la verdad de los archivos.

De esta forma, la autonomía de la persona intersexual queda violada a causa de la decisión tomada por médicos y, en ocasiones, progenitores por la que se construyen unos genitales que aparenten normalidad exterior. No se trata de proteger la salud del neonato, sino de inmunizar la dualidad de sexos. El riesgo no consiste en nacer intersexual, sino hacerlo en contra del dimorfismo establecido jurídicamente.

Objeción de conciencia

La protección de la dualidad de sexos no solo se realiza con la violación de la autonomía y del consentimiento informado, sino también con respecto a la objeción de conciencia del profesional sanitario. Se puede entender esta como “aquel incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia, que impide observar el comportamiento prescrito y cuya finalidad se agota en la defensa de la moralidad individual, renunciando a cualquier estrategia de cambio político o de búsqueda de adhesiones” (Gascón, 1990: 85); es decir, un mecanismo que posee el profesional para no realizar un tratamiento porque este viola su conciencia.

Paulatinamente, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha ampliado el ámbito material de la objeción de conciencia más allá del servicio militar. El caso más paradigmático, por los enfrentamientos constantes, es la objeción de conciencia al aborto, reconocido en la Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985.

No obstante, se ha entendido que la objeción de conciencia encuentra en su desarrollo dos límites a su realización, a saber: directos e indirectos. No se trata de límites propios de la objeción sino de los derechos en general. Así lo estableció, por ejemplo, la Sentencia del Tribunal Constitucional 11/1981, en el marco del derecho de huelga, al señalar que los derechos se encuentran limitados directamente por lo que la propia Constitución establezca e indirectamente por las normas derivadas de la Constitución con el objetivo de preservar tanto otros derechos como bienes constitucionalmente protegidos.

De esta forma, el artículo 16.1 CE establece que el límite directo a la libertad ideológica, religiosa y de culto se halla en el “mantenimiento del orden público protegido por la ley.” El problema aquí radica en definir qué se entiende por *orden público*. En la sentencia del Tribunal Constitucional 46/2001, de 15 de febrero, se

⁹ La rectificación del asiento en caso de intersexualidad se realiza sin necesidad de un proceso judicial, sino a través de un expediente gubernativo de rectificación de error en lo referido al sexo en el caso de discordancia originaria, de acuerdo a lo que un nuevo informe médico señale. Al respecto, Resolución de 6 de mayo de 1987 de la Dirección General de los Registros y del Notariado (Fundamentos Jurídicos III y IV) o Resolución de 5 de marzo de 2001 de la Dirección General de los Registros y del Notariado. Así se establecía en el artículo 93 de la derogada Ley del Registro Civil de 1957.



limita éste a la existencia de un peligro para la seguridad, la salud o la moralidad públicas (FJ11).

De nuevo nos encontramos con un problema de definición. Ya sabemos qué es el orden público, ¿pero quién define esos límites?, ¿qué debemos entender por salud, seguridad y moralidad pública? Este último límite, ¿se trata de un conjunto de convicciones sociales hegemónicas en una sociedad concreta?, ¿puede ser la heterosexualidad un límite de orden público en tanto convicción social –moralidad pública– arraigada socialmente?, ¿puede entenderse como un principio jurídico el dimorfismo sexual, actuando así como límite a la objeción de conciencia?

Sin responder aún a estas cuestiones planteadas nos quedan por definir los límites indirectos a la objeción de conciencia. Estos radican en un juicio de ponderación entre derechos. *Prima facie*, el Tribunal Constitucional ha reconocido que determinados fines sociales, que constituyan valores constitucionalmente protegidos, han de ser entendidos de rango superior a algunos derechos individuales (STC 22/1984). Volvemos sobre las preguntas planteadas en el párrafo anterior: ¿son la heteronormatividad y el dimorfismo sexual fines sociales constitucionalmente protegidos? Si bien es cierto que el artículo 14 CE establece la igualdad ante la ley y la no discriminación por razón de sexo, el artículo 32 CE únicamente reconoce, a efectos del derecho a contraer matrimonio, la existencia de dos sexos: el hombre y la mujer.

En el marco de los límites indirectos –íntimamente unidos al orden público–, la jurisprudencia entiende que, al no existir un derecho a la objeción de conciencia general¹⁰, en caso de urgencia vital (peligro para la vida y salud) no es posible apelar a conflictos de conciencia, quedando la persona obligada a actuar en todo caso. Este se encuentra obligado a actuar aunque pueda entender que vulnera su conciencia. Más aún si se encuentra en una relación jerárquica dentro de la Administración, como es el caso de los profesionales del servicio público sanitario. La desobediencia a participar en la cirugía de asignación de sexo a personas intersexuales podría considerarse una falta muy grave, con las consiguientes consecuencias laborales para el profesional.¹¹

Por ejemplo, en un caso de aborto la vida de la gestante se considera un bien protegido constitucionalmente de mayor rango que el *nasciturus*, derivando en la imposibilidad de apelar a la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario. De hecho, la muerte de la mujer en caso de objeción del profesional podría constituir un delito de homicidio por omisión¹² y de omisión del deber de socorro en atención al artículo 196 del Código Penal de 1995.¹³

¹⁰ Las sentencias del Tribunal Constitucional 160/1987 y 161/1987 entienden la objeción de conciencia como un derecho autónomo, no fundamental y excepcional.

¹¹ Así se establece, por ejemplo, en el Auto del Tribunal Constitucional 135/2000, de 8 de junio, sobre la negativa de una ATS de instituciones penitenciarias a suministrar metadona a los reclusos por orden de su superior. Véase especialmente el Fundamento Jurídico 2.

¹² En el Código Penal de 1973 se establecía en el artículo 417 bis los casos de aborto. La urgencia vital se entendía un caso de aborto legal, incluso podía ser practicado sin consentimiento expreso de la gestante.

¹³ “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.” Las penas que establece el artículo 195 son: multa de tres a doce meses, prisión de seis a dieciocho meses o cuatro años.

En lo que nos atañe, hay dos elementos que ponen en cuestión la posibilidad de que el profesional sanitario pueda objetar en la cirugía intersexual. La calificación de *urgencia psicosocial* y la no lesión de un *bien social*. No existen casos en los que se haya reconocido el derecho a objetar a profesionales sanitarios que intervienen en cirugía de normalización sexual. La Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española de 1997 restringe este derecho en los casos de urgencia. En atención a esos dos elementos, parece hipotéticamente factible que la cirugía intersexual sea también impuesta al profesional sanitario. Este no podría objetar a la cirugía en tanto que los conocimientos científicos y sociales no entran en el marco de la objeción de conciencia, a no ser que pudiéramos entenderlos como razones morales. Esto último se plantea como una razón en principio difícil de aceptar por quien, a posteriori, deba juzgar la oportunidad o no de la objeción del profesional a la cirugía de asignación de sexo (mutilación genital).

3. Epílogo

Los cuerpos intersexuales son cuerpos violentos, cuerpos que transgreden las normas del sexo/género. Por eso la violencia de la medicina y del derecho se ensaña sobre sus cuerpos. Nos encontramos ante una violencia consentida por el derecho, por la medicina y por la sociedad.

La literatura médica no alcanza a consensuar un porcentaje de población intersexual. La media es difícil de calcular entre otras razones por el oscurantismo del tema y por la falta de consenso médico a la hora de *clasificar* los distintos tipos de intersexualidad. Existen datos que oscilan entre 1/60.000, 1/20.000 o 1/12.500 en el caso de hiperplasia suprarrenal congénita (Dreger, 1998: 40), mientras que hay quien reduce la proporción a 2 casos por cada 1000 nacimientos (Overzier, 1963: IX y 560). Otros, en cambio, estiman que 1,7% de los nacimientos poseen ambigüedad genital o genitales notablemente atípicos, mientras que los recién nacidos sometidos a cirugía oscila entre uno y dos por cada mil nacimientos (Blackless *et al.*, 2000: 161). Sharon E. Preves señala que de aproximadamente cuatro millones de bebés nacidos anualmente en Estados Unidos, de dos a cuatro mil poseen una anatomía difícil de caracterizar de forma clara en los polos masculino o femenino (Preves, 2003: 3). En el Estado español, de la que se desconocen los datos, podemos calcular que en el año 2012 nacieron aproximadamente 227 personas intersexuales, siguiendo la estadística de la ISNA (1 de cada 2000 nacimientos)¹⁴ y atendiendo al número de nacimientos que en ese año fue de 453.637 personas¹⁵. Cuántas de entre las 227 personas fueron sometidas a cirugía es un dato difícil de conocer. En el año 2012, última estadística oficial, nacieron en Estados Unidos 3.952.841 personas¹⁶ con lo que 1976 podrían ser intersexuales. Kipnis y Diamond estimaron el número de intervenciones en Estados Unidos en unas 200 anuales (1999: 178) – incluso se ha hablado de cinco intervenciones diarias (David Elisco, 2009) o de 3.500 anuales en Estados Unidos (Sytsma, 2006: XVII). Con lo cual el 10% de los casos, utilizando un porcentaje conservador, es sometido a cirugía neonatal. Si fueran extrapolables estos datos al Estado español, estaríamos hablando de 22 personas sometidas a mutilación genital en el año 2012.

¹⁴ Véase *Frequently Asked Questions* de Intersex Society of North America. Disponible en: <http://www.isna.org/faq/frequency>. Revisado el 17 de febrero de 2015.

¹⁵ La última estadística publicada hasta hoy puede verse en: <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>. Revisado el 17 de febrero de 2015.

¹⁶ Véase las estadísticas de Centers of Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/births.htm>. Revisado el 17 de febrero de 2015.



A pesar del panorama descrito, se han producido una serie de hechos que ponen en cuestión la mutilación genital consentida. Sin detenernos en ellos por carecer de espacio y dejándolo para otra ocasión, al menos podemos enumerar los siguientes.

En primer lugar, en 1999 la Corte Constitucional de Colombia dicta la sentencia de unificación SU-337/99 (previamente la sentencia T 477 de 1995, a la que siguieron las sentencias T 551 de 1999, T 692 de 1999, T1390 de 2000 y T 1025 de 2002) en la que realiza duras críticas a la cirugía de normalización al entenderla contraria a los derechos del menor, señalado que debe ser la propia persona intersexual la que decida.

En segundo lugar, en 2006 se firma el *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders* (Lee *et al.*, 2006), que supuso un cambio real en la forma de percibir la intersexualidad. Aunque no se cuestiona la cirugía, sí se previene de sus contraindicaciones a tan temprana edad, proponiendo una moratoria. En este nuevo marco, los especialistas han abrazado el consentimiento informado. La toma de decisiones compartida poco a poco se está asentando, aunque, ciertamente, no parece estar acompañada de una reducción considerable de la cirugía de normalización (Feder, 2014: 88).

El tercer lugar, si en 2009 la Organisation Intersex International Australia recriminó a Naciones Unidas, en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño en lo que se refiere al artículo 37 (los Estados deben velar por evitar la tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, privación de libertad, etc.), sus silencios con respecto a los tratos crueles y degradantes a los que se ven sometidos los bebés intersexuales¹⁷, en 2013 por fin la ONU recogió el llamamiento de los colectivos intersex y consideró la cirugía de normalización intersexual como una práctica de tortura infantil en su informe *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*.

Ese mismo año, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió la Resolución 1952 (2013) *Children's right to physical integrity* en la que instaba a la protección de las personas intersexuales, así como a la eliminación de los tratamientos médicos innecesarios. Finalmente, el 9 de mayo de 2014 el Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, Nils Muižnieks, solicitaba a los Estados el reconocimiento legal de las personas intersexuales, así como criticaba la cirugía intersexual por entender que viola el derecho a la autodeterminación y la integridad física. Tomemos estos acontecimientos como una guía de mínimos para la acción.¹⁸

Bibliografía

- ALBALADEJO, M. (2009), *Derecho civil I*. Edisofer, Madrid.
 BLACKLESS, M., CHARUVASTRA, A., DERRYCK, A., FAUSTO-STERLING, A., LAUZANNE, K. y LEE, E. (2000), "How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis", *American Journal of Human Biology*, Núm. 12, pp. 151-166.
 BORRILLO, D. (2009), *Le droit des sexualités*, PUF, París.
 BUTLER, J. (2006), *El género en disputa*, Paidós, Madrid.

¹⁷ Véase la información de Organisation Intesex International Australia. Disponible en: <https://oii.org.au>. Revisado el 19 de febrero de 2015.

¹⁸ Siguiendo esta línea, en García López (2014) he planteado la posibilidad de encuadrar la cirugía de normalización intersexual en el ámbito de los crímenes contra la humanidad.

- CABRAL, M. (2006), "El cuerpo en el cuerpo. Una introducción a las biopolíticas de la intersexualidad", *Orientaciones: revista de homosexualidades*, Núm. 11, pp. 47-68.
- CANGUILHEM, G. (1971), *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- CHASE, C. (1998), "Surgical Progress is Not the Answer to Intersexuality", en DREGER, A., *Intersex in the Age of Ethics*, Rittenhouse, Hagerstown.
- CHASE, C. y HEGARTY, P. (2000), "Intersex Activism, Feminism, and Psychology: Opening a Dialogue on Theory, Research, and Clinical Practice", *Feminism & Psychology*, Núm. 10, pp. 117-132.
- CHASE, C. (2005), "Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual", en VV.AA., *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas*, Traficantes de Sueños, Madrid.
- COLEMAN, E. (2011), "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People", *International Journal of Transgenderism*, Núm. 13, pp. 165-232.
- CROCKETT, D. (2013), *L'invisible intersex. Storie di corpi medicalizzati*, ETS, Pisa.
- CROUCH, R. (1999), "Betwixt and Between: The Past and Future of Intersexuality", en DREGER, A., *Intersex in the Age of Ethics*, Rittenhouse, Hagerstown.
- DONAHOE, P. (1991), "Clinical management of Intersex Abnormalities", *Current Problems in Surgery*, Núm. 28, pp. 513-579.
- DREGER, A. (1998), *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Harvard University Press, Cambridge.
- ELISCO, D. (2009), *Sex, Lies and Gender*, documental.
- FAUSTO-STERLING, A. (2006), *Cuerpos sexuados*, Melusina, Barcelona.
- FEDER, E. (2014), *Making sense of Intersex. Changing Ethical Perspectives in Biomedicine*, Indiana University Press.
- GARCÍA BOUTHELIER, R. (2001), "Anomalías de la diferencia sexual", en *Estados intersexuales e hipogonadismo*, Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Bilbao.
- GARCÍA DAUDER, S., ROMERO BACHILLER, C. y ORTEGA, E. (2007), "Cossos insubmissos i mutilació genital", en ARMENGOL, J.M., *Masculinitats per al segle XXI*, CEDIC, Barcelona.
- GARCÍA LÓPEZ, D.J. (2014), *Cirugía de normalización intersexual como crimen contra la humanidad*. Disponible en: http://www.eldiario.es/contrapoder/Dia_Solidaridad_Intersexual_6_321677856.html. Revisado el 17 de febrero de 2015.
- GARCÍA LÓPEZ, D.J. (2015), *Aberraciones de la carne*, Melusina, Tenerife.
- GASCÓN ABELLÁN, M. (1990), *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- GREGORI FLOR, N. (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*, Núm. 1, pp. 103-124.
- GREGORI FLOR, N. (2013), "Utopías dicotómicas sobre los cuerpos sexuados", *Arbor*, Vol. 189, Núm. 763: a071.
- HAUSMAN, B. (1998), "En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género", en NIETO, J.A., *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid.
- KARKAZIS, K. (2008), *Fixing Sex*, Duke University Press, Londres.
- KESSLER, S. (1998), *Lessons from the Intersexed*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- KIPNIS, K. y DIAMOND, M. (1999), "Pediatric Ethics and the Surgical Assignment of Sex", en DREGER, A., *Intersex in the Age of Ethics*, Rittenhouse, Hagerstown.
- LAQUEUR, T. (1994), *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Cátedra, Madrid.



- LEE, P., HOUK, C.P, HUGHES, I.A. y AHMED, S.F. (2006), "Consensus Statement on Management of Intersex Disorders", *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, Núm. 118, pp. 488-500.
- MASON, P. (2013), "Intersex Genital Autonomy: A Rights-Based Framework for Medical Intervention with Intersex Infants", en DENNISTON, G., HODGES, F. y FAYRE MILOS, M., *Genital Cutting: Protecting Children from Medical, Cultural, and Religious Infringements*, Springer, Nueva York.
- MONEY, J. y EHRHARDT, A. (1982), *Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*, Morata, Madrid.
- MURRAY, S. (2009), "Within or Beyond the Binary/Boundary? Intersex and Parental Decisions", *Australia Feminist Studies*, Núm. 24, pp. 265-274.
- NIETO PIÑEROBA, J.A. (2008), *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Bellaterra, Barcelona.
- OVERZIER, C. (1963), *La intersexualidad*, Científico-Médica, Madrid.
- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, Á. (2009), *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*, Comares, Granada.
- PIRÓ BIOSCA, C. (2001), "Estados intersexuales. Tratamiento quirúrgico", en *Estados intersexuales e hipogonadismo*, Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Bilbao.
- REIS, E. (2013), "Intersex Surgeries, Circumcision, and the Making of *Normal*", en DENNISTON, G., HODGES, F. y FAYRE MILOS, M. (eds.), *Genital Cutting: Protecting Children from Medical, Cultural, and Religious Infringements*, Springer, Nueva York.
- ROVIRA LOSCOS, A. (2003), "Los estados intersexuales", en BECERRA-FERNÁNDEZ, A., *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*, Díaz de Santos, Madrid.
- SÁEZ, J. (2004), *Teoría queer y psicoanálisis*, Síntesis, Madrid.
- SALAMANCA BALLESTEROS, A. (2007), *Monstruos, ostentos y hermafroditas*, Publicaciones de la Universidad de Granada, Granada.
- SCHULTZ, J.H. (1963). "Intersexualidad y transvestismo", en OVERZIER, C., *La intersexualidad*, Científico-Médica, Madrid.
- STREULI, J.C., VAYENA, E., CAVICCHIA-BALMER, Y. y HUBER, J. (2013), "Shaping parents: Impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development", *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 10, pp. 1953-1960.
- SYTSMA, S. (2006), *Ethics and Intersex*, Springer, Nueva York.
- VÁZQUEZ GARCÍA, F. y CLEMINSON, R. (2012), *Los hermafroditas. Medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*, Comares, Granada.
- WISNIEWSKI, A., CHERNAUSEK, S. y KROPP, B. (2012), *Disorders of Sex Development. A Guide for Parents and Physicians*, Johns Hopkins Press, Baltimore.