

American University International Law Review

Volume 34
Issue 3 *Academy on Human Rights and
Humanitarian Law Articles and Essays on
Gender Violence and International Human
Rights*

Article 4

2019

Intersexuales en Estado de Excepción: Violencias Contra las Corporeidades Diversas

Olga Lucia Camacho

Follow this and additional works at: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/auilr>



Part of the [Human Rights Law Commons](#), [International Humanitarian Law Commons](#), [International Law Commons](#), [Law and Gender Commons](#), and the [Sexuality and the Law Commons](#)

Recommended Citation

Camacho, Olga Lucia (2019) "Intersexuales en Estado de Excepción: Violencias Contra las Corporeidades Diversas," *American University International Law Review*. Vol. 34 : Iss. 3 , Article 4.

Available at: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/auilr/vol34/iss3/4>

This Academy on Human Rights and Humanitarian Human Rights Award is brought to you for free and open access by the Washington College of Law Journals & Law Reviews at Digital Commons @ American University Washington College of Law. It has been accepted for inclusion in American University International Law Review by an authorized editor of Digital Commons @ American University Washington College of Law. For more information, please contact kclay@wcl.american.edu.

INTERSEXUALES EN ESTADO DE EXCEPCIÓN: VIOLENCIAS CONTRA LAS CORPOREIDADES DIVERSAS

OLGA LUCIA CAMACHO*

I. INTRODUCCIÓN.....	535
II. LA INTERSEXUALIDAD: ENTRE LA MEDICALIZACIÓN Y LOS DERECHOS	536
A. EL PROTOCOLO MEDICALIZANTE Y LA VIOLENCIA EN EL QUIRÓFANO	536
B. ACTIVISMO INTERSEX: VOCES EN CONTRA DE LA NORMALIZACIÓN SEXUAL Y DE GÉNERO ..	541
III. VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE PERSONAS INTERSEXUALES	550
IV. LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE SUJETOS INTERSEX	554
A. LA OPINIÓN CONSULTIVA OC-24/17	554
B. LOGROS A NIVEL AMERICANO	559
V. CONCLUSIONES.....	565

I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género que se ejerce contra sujetos intersexuales se orienta al interior del paradigma género-sexo-género. Comprender este sistema obliga a reconocer que ambas son verdaderas construcciones sociales cuya percepción tratándose de personas intersex, ha recaído principalmente en los equipos médicos y padres del menor de edad quienes deciden asignar sobre su anatomía diversa, un sexo y un género conforme los dos únicos extremos posibles de sexualidad y generidad: el del macho-hombre y la hembra-mujer.

* Abogada colombiana, investigadora en Derechos Humanos.

El presente artículo está dirigido a la contextualización de la realidad intersexual que se hallaba relegada hasta hace muy poco a la relación médico-paciente. En este sentido, se propone delimitar el estado de cosas que vuelcan dicha relación a las márgenes de la racionalidad jurídica, y pretende explicar cómo desde la violencia de género que se ejerce en contra de las personas intersex sus intereses han empezado a ser asumidos poco a poco como un asunto genuino de derechos humanos.

II. LA INTERSEXUALIDAD: ENTRE LA MEDICALIZACIÓN Y LOS DERECHOS

A. EL PROTOCOLO MEDICALIZANTE Y LA VIOLENCIA EN EL QUIRÓFANO

El quirófano es el principal escenario de violación a los derechos humanos de las personas “intersex.”¹ Una persona “intersex” se refiere a todos aquellos sujetos que han nacido con características sexuales que varían respecto del binarismo macho X/ hembra XX, y en el que participan una amplia gama de características de orden genético, hormonal y físico para dar como resultado al menos uno entre cuarenta² tipos de intersexualidad conocida. En un sentido peyorativo y más difuso, la sociedad los ha categorizado como hermafroditas.³

1. Ver Org. de los Estados Am. [OEA], *Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales en América*, ¶ 182, OEA/Ser. L/V/II.rev.2 (12 de nov. de 2015), <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf> (designando cirugías de asignación de sexo como una violación de derechos humanos).

2. Ver Julie A. Greenberg, *Defining Male and Female: Intersexuality and the Collision Between Law and Biology*, 41 ARIZ. L. REV. 265, 278–80 (1999) (refiriendo de manera extensiva a los distintos tipos de intersexualidad).

3. Ver ALICE DOMURAT DREGER, HERMAPHRODITES AND THE MEDICAL INVENTION OF SEX 31 (1998) (explicando que si bien hasta la mitad del siglo XX se seguía usando la vaga expresión *hermafrodita* luego se propuso el término *intersexual*, empleado de manera intercambiable en su mayoría por la literatura médica. Sin embargo, su empleo al interior de los colectivos intersex o quienes así se identifican corporalmente tampoco es pacífica. Para algunos, intersexual significa literalmente “en medio de los dos sexos”, mientras que “hermafrodita” implica la tenencia yuxtapuesta de características y atributos de ambos sexos). Al interior de este texto emplearemos el término intersex/intersexual como uno que se emplea de manera más o menos mayoritaria en el lenguaje de los derechos.

Las personas intersex bien pueden ser identificadas en el nacimiento, en la pubertad, o en la adultez.⁴

La razón por la cual el quirófano adquiere esta connotación se halla en la consideración de la intersexualidad como una enfermedad en el desarrollo del sexo (“Disorder of sex Development” o DSD⁵ por sus siglas en inglés). Dicha clasificación demanda del prestador médico la ejecución de los actos concernientes para su cura contenidos en los protocolos de tratamiento aceptados o reconocidos por la *lex artis*.

Dicho esto, ¿cómo explicar que el quirófano, en el que tiene lugar el tratamiento de la intersexualidad, deba ser entendido como escenario de violación de los derechos del sujeto? La respuesta apunta a la naturaleza de aquellos protocolos médicos que alteran la anatomía del sujeto que desafía las definiciones típicas del hombre o la mujer,⁶ y cuyo cuestionamiento se eleva inclusive a la razón de la patologización misma de la intersexualidad.⁷ En los años 50 el psicólogo John Money de John Hopkins University⁸ presentó los protocolos médicos de asignación del sexo en casos de ambigüedad o anomalía. *Dichos protocolos* consideran la naturaleza *urgente* de la intervención del menor recién nacido cuyo sexo morfológico (externo o interno)⁹ no fuera reconocible claramente al interior del binario

4. Julie A. Greenberg, *Health Care Issues Affecting People With an Intersex Condition or DSD: Sex or Disability Discrimination?*, 45 LOY. L.A. L. REV. 849, 854 (2012) (refiriendo que no toda condición intersex es diagnosticada al momento de nacer, pues algunas sólo resultan identificables cuando por ejemplo, llegada la pubertad el cuerpo no menstrúa tratándose de las mujeres, o no le crece el vello facial y adquiere los rasgos físicos típicos de los hombres).

5. Ver Peter A. Lee et al., *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*, 118 PEDIATRICS e488 (2006) (siendo el primer documento en materia médica en referenciar de manera explícita a la intersexualidad como desorden o trastorno en el desarrollo de sexo).

6. Ver, e.g., *id.* en e490–92 (describiendo una variedad de intervenciones quirúrgicas).

7. Ver Iain Morland, *Between Critique and Reform: Ways of Reading the Intersex Controversy*, en CRITICAL INTERSEX 191 (Morgan Holmes ed., 2009) (mostrando las diferentes teorizaciones al interior del activismo intersex sobre las razones y causas de la calificación de la intersexualidad como una enfermedad).

8. Ver Samantha S. Uslan, *What Parents Don't Know: Informed Consent, Marriage, and Genital-Normalizing Surgery on Intersex Children*, 85 IND. L.J. 301, 302, 305–06 (2010).

9. Ver Paula Siverino Bavio, Amicus Curiae frente al pedido de Opinión Consultiva de Costa Rica sobre la protección de la Convención Americana del

sexual.

Son tratamientos que abarcan la corrección de aquel “defecto” en la sala de cirugía y posteriores intervenciones hormonales para lograr en el cuerpo del menor de edad la tenencia de un sexo anatómico creíble—de macho o de hembra—que permite la correspondencia entre éste y un género congruente con la asignación efectuada por el equipo médico. Asignación de sexo¹⁰ que se condiciona a la percepción sobre el tamaño del falo y comprobación de la base cromosómica del menor de edad,¹¹ lo que en términos de la historia de la intersexualidad denomina Alice Dreger como *the Age of Gonads*.¹²

Así, por ejemplo, recién nacidos con micropenes inferiores a los 2.5 cm de longitud (un tipo de intersexualidad identificada en términos médicos como 46 XY DSD)¹³ no satisfacen el *falómetro* aceptado por

reconocimiento del cambio de nombre de las personas transgénero 8 (2018) (tesis doctoral inédita, Universidad de Buenos Aires), http://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/costaricaoc24/78_siverino_bavio.pdf (aludiendo a los diferentes tipos de sexo que, como fenómeno complejo, se encuentra integrado por: “el sexo genético o cromosómico (cromosomas XX y XY), el sexo gonadal (glándulas reproductivas sexuales, ovarios y testículos), el sexo morfológico interno (vesículas seminales/próstata o vagina/útero/trompas de falopio), sexo morfológico externo (genitales, pene/escroto o clitoris/labia), sexo hormonal (andrógenos, estrógenos), el sexo fenotípico (características sexuales secundarias como vello facial o corporal), el sexo asignado (legal) y el género de crianza junto a la identidad sexual”).

10. Ver Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), Opinión Consultiva OC-24/17, Corte I.D.H. (ser. A) No. 24, ¶ 32 (24 de nov. de 2017) (explicando el significado de la asignación de sexo o sexo asignado como la determinación del sexo en el recién nacido a partir de la percepción que otros tienen sobre los genitales de aquel siendo clasificado al interior del binario hombre/mujer).

11. Ver Uslan, *supra* nota 8, en 302, 305–06 (describiendo las condiciones conforme a las cuáles se llevaba a cabo la asignación de sexo y género en el protocolo de J. Money).

12. Ver DREGER, HERMAPHRODITES AND THE MEDICAL INVENTION OF SEX, *supra* nota 3, en 36 (explicando que *The Age of Gonads* o la *era de las gónadas* en la historia de la intersexualidad se relaciona con la tipología sobre el hermafroditismo que para el siglo XIX imperaba, siendo clasificados como *machopseudohermafrodita* en presencia de gónadas masculinas -testículos-; *hembrapseudohermafrodita* en presencia de gónadas femeninas -ovarios-; y *verdaderohermafrodita* cuyas gónadas eran a un mismo tiempo ovo-testes cuya comprobación claro, sólo podía hacerse en el momento de la autopsia del sujeto).

13. Ver Nasir A. Al Jurayyan et al., *Radiological Imaging of Disorders of Sex*

la comunidad médica.¹⁴ La comunidad médica caracteriza un falo óptimo como aquel que cumple la función de penetración. En este sentido, la corrección o normalización sugerida comprende procedimientos dirigidos a la amputación del miembro viril y la creación estética de una vagina en su lugar.¹⁵ Entre los casos de intersexualidad considerados de “urgencia médica”¹⁶ se encuentran los de recién nacidos en cuya anatomía se evidenciara la presencia de un clítoris cuyo tamaño excediera el falómetro permitido (1 cm máximo) y que estuviera acompañado de testículos internos en compañía del cromosoma XY (condición intersex conocida como insensibilidad androgénica parcial); y cuya “cura” se adelanta a través de la extirpación de los testículos no descendidos, el procedimiento de reducción clitoral y reconstrucción de una vagina “aceptable” al estándar de lo femenino.¹⁷

La verificación cromosómica tan sólo refuerza el sentido de la asignación de sexo bajo la regla que sigue: en presencia del cromosoma Y¹⁸ la asignación de sexo se efectuará hacia lo masculino

Development (DSD), 13 SUDAN, J. PAEDIATRICS 10, 11–12 (2013) (explicando que antes esta referencia era conocida también como “macho pseudohermafrodita”).

14. Ver Lee et al., *supra* nota 5, en e490–91 (mostrando la tabla antropométrica de medida de genitales externos o “falómetro” vigente, especialmente en los Estados Unidos, Japón, Australia, China, India, y Europa).

15. Luciana Lavigne, *La Regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes*, en INTERDICIONES: ESCRITURAS DE LA INTERSEXUALIDAD EN CASTELLANO 51, 58 (Mauro Cabral ed., 2009).

16. Ver Alice Domurat Dreger, *Intersex and Human Rights: The Long View*, en ETHICS AND INTERSEX 73–86 (Sharon E. Sytsma ed., 2006) (describiendo como doctores han tratado genitales sanos que parecen extraño como emergencias quirúrgicas); ver también Siverino Bavio, *supra* nota 9, en 10–11 (explicando que el único caso de intersexualidad que representa para el menor un verdadero peligro para su salud se da únicamente en presencia de la Hiperplasia Suprarrenal Congénita perdedora de sal).

17. Ver Uslan, *supra* nota 8, en 305 (comentando que la intervención quirúrgica es percibida como una “cura” para la intersexualidad); ver también Lavigne, *supra* nota 15, en 58 (definiendo vaginas aceptables como esas que pueden ser penetradas por un pene).

18. ROBERT POOL, EVE’S RIB: THE BIOLOGICAL ROOTS OF SEX DIFFERENCES 70, 70–71 (1994) (demostrando que existen numerosas personas con la tenencia de un sexo cromosómico distinto al típico XX y XY, presente especialmente en sujetos intersex en formas como XXX, XXY, XXXY, XYY, XYYY, XYYYY y XO, éste último que contiene sólo un cromosoma genético. Así, se considerará “ausente” al

siempre y cuando el falo supere el mínimo estándar (+2.5 cm).¹⁹ Por el contrario, en ausencia del cromosoma Y, toda asignación de sexo se hará en el terreno de lo femenino sin importar si en la corporeidad del menor se evidencia la tenencia de un falo, testículos (descendidos o no), etc.²⁰

Este protocolo de medicalización surge por dos razones específicas: (1) la primera referida al *peligro* que el sostenimiento de un estado ambiguo en el sexo representaba para la apropiación de un *género* específico por parte del menor de edad a lo largo de su crecimiento; y (2) la segunda, que apuntaba a los *efectos adversos* que habrían de ocasionar la tenencia de un sexo defectuoso en la reproducción de aquel infante cuando fuese adulto.²¹

Dicho esto, y de conformidad con el criterio de urgencia,²² los tratamientos inmersos en el protocolo médico deben ponerse en marcha al poco tiempo de reportarse el nacimiento, es decir los primeros doce o dieciocho meses de edad del menor usualmente, con el objetivo de salvaguardar los mejores resultados en el proceso de adaptación del menor a su entorno que estará encargado de reforzar a nivel personal y social, la asignación de sexo efectuada con su correspondiente género.²³

En algunos casos serán los padres sobre quienes recaiga la toma de la decisión sobre el destino de la salud del recién nacido autorizando la realización de los procedimientos quirúrgicos de manera *apenas informada*;²⁴ en otros, será el equipo médico el que sin más proceda actuando para ello la “urgencia” del tratamiento.²⁵

cromosoma con menor presencia genética).

19. Uslan, *supra* nota 8, en 305–06.

20. *Id.* en 306.

21. Ver Mauro Cabral, *Versiones, en* INTERDICIONES: ESCRITURAS DE LA INTERSEXUALIDAD EN CASTELLANO 118 (Mauro Cabral ed., 2009).

22. Lavigne, *supra* nota 15, en 55–56 (dando cuenta del debate que subyace en torno al criterio “urgencia médica” que, en materia de intersexualidad, se encuentra ligado al tiempo contemplado como tolerable para registrar civilmente al menor y definir su situación de ambigüedad; antes que en un criterio de verdadero riesgo para la salud de la persona).

23. Ver Lavigne, *supra* nota 15, en 55–56.

24. Uslan, *supra* nota 8, en 308–09.

25. *Id.* en 307.

B. ACTIVISMO INTERSEX: VOCES EN CONTRA DE LA NORMALIZACIÓN SEXUAL Y DE GÉNERO

El protocolo médico de intervención de la intersexualidad, que fue puesto en práctica en menores recién nacidos desde 1950, tan sólo empezó a recibir críticas cuando aquellos se hicieron adultos o cuando siendo adolescentes, recibieron tratamiento quirúrgico-hormonal sin haber sido informados descubriendo su historia por accidente o error.²⁶ El primero de ellos en alzar su voz fue David Reimer. David Reimer fue el menor de edad en quien J. Money practicó por primera vez el protocolo médico de asignación de sexo debido a la mutilación que habría sufrido en sus genitales siendo apenas un recién nacido.²⁷

Los padres del infante consintieron al protocolo de tratamiento de asignación de un nuevo sexo y género bajo el consejo de Money, cuya teorización acerca de la *neutralidad psicosexual* del recién nacido permitía amoldar este “pizarrón en blanco” al interior de lo femenino o lo masculino, siempre y cuando el sexo morfológico externo alterado reflejara el género escogido desde una muy temprana edad (y quienes con él interactuaran) reforzaran aquella asignación.²⁸

Aun cuando el género y el sexo de David Reimer fueron reconducidos hacia lo femenino, a través del ocultamiento de su historia anterior y la privación de la información médica sobre su condición de sexo y género precedente, David nunca aceptó su identidad impuesta por terceros.²⁹ Las modificaciones quirúrgicas y hormonales que había sufrido su cuerpo (cambios de naturaleza irreversible y definitiva) le impidieron a David volver las cosas a su estado anterior.³⁰ Como consecuencia de todo lo antes expuesto, David

26. Ver KATRINA KARKAZIS, *FIXING SEX: INTERSEX, MEDICAL AUTHORITY, AND LIVED EXPERIENCE* 3 (2008) (señalando que los primeros cambios en el paradigma de tratamiento tradicional de J. Money, vino de mano de los adultos que habían sido intervenidos mientras eran apenas unos niños, quienes sentían que el tratamiento enfocado en una rápida asignación de género y sexo había causado un daño irrevocablemente extraordinario en sus vidas).

27. Greenberg, *Defining Male and Female: Intersexuality and the Collision Between Law and Biology*, *supra* nota 2, en 290 (relatando con detalle la historia de David Reimer).

28. Uslan, *supra* nota 8, en 302.

29. *Id.* en 302–03.

30. *Id.*

decidió dar fin a su propia vida en el año 2004.³¹

El caso antes reseñado se conoce como el caso de John/Joan.³² Dicho caso logró centrar la atención de la sociedad en el protocolo de tratamiento de la intersexualidad y sus *asignaciones de género y sexo* efectuadas en el quirófano por decisión de equipos médicos y padres.³³ Dichas decisiones no considerando las dificultades proyectadas hacia el futuro que rodearían el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluidos el derecho a elegir y conformar una identidad sexual y de género propia de aquel ser humano cuya anatomía fu alterada al nacer.

Al inicio de la década de 1990, e influidos por: (1) la llegada del internet; (2) el discurso *feminista*; y (3) la visibilidad de la vivencia *trans*,³⁴ las personas intersex (particularmente en los Estados Unidos) comenzaron a levantarse en contra de los protocolos de tratamiento médico de la intersexualidad³⁵ presionando en principio, por su moratori.³⁶

Los actos que atentaban contra los cuerpos intersex fueron en su mayoría ejecutados en la niñez o adolescencia, obligando a padecer la naturaleza invasiva no consentida ni informada de la modificación de quienes nacían con características sexuales no binarias; a la tenencia atravesada por el dolor, la inconformidad y la tumescencia³⁷ de una multiplicidad de anatomías: la del cuerpo cotidiano-intervenido, la del

31. *Ver id.* en 303.

32. *Id.*

33. *Id.*

34. *Ver* GEORGIANN DAVIS, *CONTESTING INTERSEX: THE DUBIOUS DIAGNOSIS* 28, 30, 33 (2015).

35. Janik Bastien Charlebois, *Sanctioned Sex/ualities: The Medical Treatment of Intersex Bodies and Voices* 4 (26 de oct. de 2015) (manuscrito inédito), <http://ilga.org/an-introduction-to-sanctioned-sexualities-the-medical-treatment-of-intersex-bodies-and-voices>.

36. Uslan, *supra* nota 8, en 303 (argumentando que los padres de niños intersexuales no tienen la autoridad para dar su consentimiento a estos procedimientos).

37. *Ver* Sarah M. Creighton et al., *Childhood Surgery for Ambiguous Genitalia: Glimpses of Practice Changes or More of the Same?*, 5 *PSYCHOL. & SEXUALITY* 34, 35 (2014) (describiendo la múltiple serie de efectos adversos sobre la salud de los menores, adolescentes y adultos intersexuales intervenidos según el protocolo de J. Money).

cuerpo perdido e irrecuperable, y aquel otro por reconstruir.³⁸

Los reclamos de los sujetos afectados acusaban en aquel protocolo médico la legitimación a través del bisturí de tres estereotipos de género. El primer estereotipo, asociado a la *heteronormatividad* en la cual se presume que todo recién nacido requerirá de un pene capaz de penetrar o una vagina capaz de alojar al miembro viril, lo cual conduce a reafirmar la *heterosexualización* del sujeto que debe participar en relaciones íntimas de penetración con el sexo contrario.

El segundo estereotipo, está relacionado a la *hiper-estetización* de los órganos reproductor femenino y masculino debiendo ser adecuados a estándares de apariencia y tamaño según tablas antropométricas de medición en desprecio de toda capacidad funcional o placentera. El tercer estereotipo, está vinculado a la presunción de lo que era importante para hombres y mujeres, siendo para *ellos* prioritario el tamaño y para *ellas* la tenencia de una cavidad que pudiera alojar al miembro viril durante el acto sexual.

El activismo intersex logró extender sus reclamos al gremio médico. El gran movimiento activista trajo consigo, luego de 10 años de movilización y protestas,³⁹ la publicación por parte del gremio médico de dos importantes documentos: “*Evaluation of the Newborn with Developmental Anomalies of the External Genitalia*”⁴⁰ y “*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders.*”⁴¹ Según describe Mauro Cabral,⁴² los activistas intersexuales son

38. Ver Mauro Cabral & Gabriel Benzur, *Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad*, 24 CADERNOS PAGU 283, 294 (2005).

39. Ver DAVIS, *supra* nota 34, en 40 (2015) (dando cuenta por ejemplo, de las protestas que para 1993 grupos de intersexuales hacían en foros científicos de pediatras que discutían las guías acerca del manejo de la intersexualidad).

40. Ver generalmente Am. Acad. of Pediatrics, Comm. on Genetics, *Evaluation of the Newborn with Developmental Anomalies of the External Genitalia*, 106 PEDIATRICS 138, 138 (2000) (indicando que recién nacidos con desarrollo genital anormal deben ser examinados para detectar la intersexualidad, y identificando las investigaciones necesarias y centros con experiencia en el diagnóstico y manejo de la intersexualidad).

41. Ver Lee et al., *supra* nota 5, en e488.

42. Ver Cabral & Benzur, *supra* nota 38, en 293–94 (explicando que no toda persona que se identifique corporalmente como intersex ejerce por sí misma el activismo asociado a su condición, lo que denomina el autor como *subjetividad política* de la intersexualidad).

quienes reivindican para sí *una subjetividad intersex* a partir de la deshumanización de su corporeidad y la vivencia del *proceso de generización* (es decir, el tratamiento médico, reafirmación social y parental de lo actuado en el quirófano, y posterior ocultamiento de la información al sujeto para “facilitar” la apropiación del sexo y género asignado por terceros).⁴³

El primero de ellos, “Evaluation of the Newborn with Developmental Anomalies of the External Genitalia,”⁴⁴ fue publicado en el año 2000 por la Sociedad Americana de Pediatría. El segundo, “Consensus Statement on Management of Intersex Disorders”⁴⁵ del año 2006 fue producto de la conferencia sobre los “desórdenes en el desarrollo del sexo” que reunió a profesionales de la salud y algunos activistas con el fin de actualizar el protocolo médico de la intersexualidad.

Sin embargo, las peticiones de moratoria y eliminación de prácticas que el activismo intersex acusa desde entonces como formas de asalto o abuso sexual,⁴⁶ fueron en parte receptadas en cada uno de estos dos documentos a través de un cambio *discursivo* mas no *comportamental*.⁴⁷

Cabe señalar, que el “*Evaluation of the Newborn with Developmental Anomalies of the External Genitalia*”⁴⁸ seguía reconociendo al protocolo quirúrgico y hormonal como uno recomendable para el tratamiento de personas intersex, manteniendo

43. *Ver id.*

44. *Ver Comm. on Genetics, supra* nota 40.

45. *Ver Lee et al., supra* nota 5.

46. *Ver Charlebois, supra* nota 35, en 13–14 (explicando que la cirugía junto a las terapias hormonales de asignación de sexo no consentidas, constituyen al interior de la crítica intersexual del protocolo de intervención actos genuinos de abuso o asalto sexual perpetrados por los prestadores médicos en abuso de su posición de autoridad). *Pero ver Dreger, Intersex and Human Rights: The Long View, supra* nota 16, en 78 (explicando en contraparte a la postura de Janik Bastien que, el actuar de los médicos se basa en la profunda creencia de estar ayudando al menor de edad y a su normalización, aun cuando desestiman el entramado profundo de significados e implicaciones de los actos que ejecutan en el cuidado de la persona).

47. *Ver Charlebois, supra* nota 35, en 19–21; Greenberg, *Health Care Issues Affecting People With an Intersex Condition or DSD: Sex or Disability Discrimination?*, *supra* nota 4, en 860.

48. *Ver Comm. on Genetics, supra* nota 40, en 138.

así la ejecución del mismo curso de acción en salud que venía siendo criticada por parte del activismo.⁴⁹ El “*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*,”⁵⁰ por otra parte, introdujo algunos cambios para algunos notables,⁵¹ para otros tan sólo artificiales.⁵²

Entre las novedades contenidas en el texto “*Consensus Statement*,” se encuentran los cambios en el terreno del lenguaje. Según este documento, y en aras de emplear una terminología mucho más “neutral,” expresiones tales como “*intersexual*” y “hermafrodita” deberían ser reemplazadas por el término “*disorder of sex development*,” que es mucho más apropiado y sensible con las preocupaciones de los pacientes con sexos que declara anormales y atípicos.⁵³

Según el “*Consensus Statement*,” el reemplazo en el lenguaje de términos como “*intersexual*” y “hermafrodita,” son necesarios ya que resultan controversiales y confusas para los prestadores en salud.⁵⁴ En adición, el “*Consensus Statement*” propone el fin del secretismo médico a través del cual se evadía al menor intervenido del conocimiento de su historia clínica y su condición intersex.⁵⁵

El “*Consensus Statement*” propone elementos tales como: (1) la invitación a galenos para reducir cirugías cosméticas o no consensuadas salvo algunas excepciones; (2) la toma de decisiones informadas con la familia del menor; y (3) la asesoría de equipos

49. *Ver id.* en 141.

50. *Ver* Lee et al., *supra* nota 5, en e488.

51. *Ver* DAVIS, *supra* nota 34, en 26–32 (señalando que para la fundadora de la primera organización intersex *Intersex Society of North America (ISNA)*, Cheryl Chase, lo avanzado en el *Consensus Statement* era un avance favorable por ejemplo, en la adopción de la terminología *DSD* para referirse a la intersexualidad y en el pacto acerca de la transparencia en la información proveída a las familias intersex).

52. *Ver* Creighton et al., *supra* nota 37, en 41 (estableciendo un balance sobre el *Consensus Statement* y concluyendo que poco o nada se puede decir sobre el éxito de implementación del enfoque que propone y que en cambio, muchos han sido los efectos adversos que han podido ser evidenciados en las corporeidades de los sujetos intersex hasta la fecha intervenidos).

53. Lee et al., *supra* nota 5, en e488.

54. *Ver, e.g., id.* en e488–89.

55. *Ver id.* en e493 (explicando que la educación médica y el asesoramiento para los niños intersex es un proceso gradual, recurrente, y de creciente sofisticación).

médicos multidisciplinarios.⁵⁶ Finalmente, el “Consensus Statement” enfatiza el potencial que tiene todo niño con sexo atípico en convertirse en un miembro funcional de la sociedad siempre y cuando reciba una asignación de género la cual deberá estar aconsejada por un experto.⁵⁷ Asignación que debe seguirse de cirugías tempranas perfeccionadas en la pubertad, incluyendo procedimientos desde la vaginoplastia, la gonadectomía, la remoción testicular para prevenir carcinomas en la adultez, entre otros.⁵⁸

Atendiendo en apariencia los reclamos del activismo intersexual, el escepticismo sigue siendo una constante, máxime cuando no se cuenta a la fecha con estudios a largo plazo en muestras significativas de población intersex— infantil y adolescente—que den cuenta de los resultados de implementación de estas recomendaciones que, en todo caso, no se traducen en una moratoria del tratamiento quirúrgico de la intersexualidad.⁵⁹ Así, mientras haya algunos estudios sobre población intersex adulta que demuestren que las opciones quirúrgicas y hormonales de tratamiento han derivado en (1) la experiencia de relaciones sexuales dolorosas, y (2) la indebida cicatrización de tejidos injertados (combinados con el pobre funcionamiento sexual y otros efectos), la duda que se siembra en el campo de los derechos humanos es relevante.⁶⁰

De frente a este panorama, que bien puede traducirse en la inaplicación de los *principios de beneficencia, no maleficencia y de precaución*,⁶¹ la vivencia intersex puede ser conocida de manera más concreta a través de la lectura y recolección de testimonios de menores de edad, adolescentes y adultos que fueron intervenidos en el pasado. Los testimonios de dichos niños, adolescentes y adultos tiene la función de hacer notable lo que M. Cabral describe como “el

56. *Id.* en e490.

57. *Id.*

58. *Ver id.* en e492.

59. Creighton et al., *supra* nota 37, en 38.

60. *Ver id.* en 36.

61. *Ver generalmente* PABLO DE LORA & MARINA GASCÓN, BIOÉTICA: PRINCIPIOS, DESAFÍOS, DEBATES 35–50 (2008) (describiendo la naturaleza y orientación de los principios de la bioética); Manuel Atienza, *Juridificar La Bioética*, en BIOÉTICA Y DERECHO. FUNDAMENTOS Y PROBLEMAS ACTUALES 64, 64 (2002) (ahondando en la naturaleza de los principios de la bioética y su aplicabilidad en el mundo de los problemas jurídicos).

funcionamiento opaco y silencioso de los protocolos de «normalización» corporal aplicados en casos de intersexualidad, [que] han constituido y constituyen una estrategia fundamental de intervención crítica en pos del dismantelamiento de tales protocolos como del paradigma identitario que les sirve de fundamento.”⁶²

Las personas intersex que han publicado sus historias a través de portales web tales como: (1) Brújula intersexual, (2) “Intersex Society of North America” (ISNA), (3) Mi bebé intersexual, (4) “Interactadvocates,” (5) Intersex UK, (6) Amnistía Internacional, y (7) Organización Intersex Internacional (OII), entre otros.

*En este tipo de portales web es posible identificar lugares comunes que atraviesan de manera constante los relatos de quienes parecen en el quirófano como “sujetos sin derecho.”*⁶³

Entre las historias reseñadas, son comunes las promesas de reconstrucción de un sexo unívoco, el secretismo médico, la desinformación, y la desposesión del propio cuerpo que constituye más bien un “mapa jerarquizado de tejidos”⁶⁴ cuyas cicatrices se entremezclan con el dolor constante, la autocensura, la depresión y la insensibilidad. Estos lugares web y en los escritos de algunos activistas surgen dos inquietantes preguntas: “¿podemos ser sujetos de los derechos humanos quienes, corporalmente desmentimos la corporalidad normativa de los seres humanos?”⁶⁵ “¿necesitamos en realidad cambiar algunos niños para hacerlos lo suficientemente humanos como para merecer sus derechos humanos?”⁶⁶

En su narración rendida ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) a propósito de la audiencia pública sobre

62. Mauro Cabral, *En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones sociomédicas*, en *SEXUALIDAD, ESTIGMA Y DERECHOS HUMANOS: DESAFÍOS PARA EL ACCESO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA* 69, 72 (Carlos F. Cáceres et al. eds., 2006).

63. Ver ANNE FAUSTO-STERLING, *SEXING THE BODY: GENDER POLITICS AND THE CONSTRUCTION OF SEXUALITY* 39 (2000) (haciendo alusión a la igualdad como base fundamental de los derechos humanos, que la ciencia médica ha definido a través de sus prácticas que no es atribuible a ciertos sujetos que resultan por sus patologías menos merecedores de derechos humanos que otros).

64. Cabral, *supra* nota 61, en 81.

65. Cabral & Benzur, *supra* nota 38, en 292.

66. Dreger, *Intersex and Human Rights: The Long View*, *supra* nota 16, en 79 (formulando la pregunta originalmente así “[d]o we really need to change some children to make them human enough to get human rights?”).

la “Situación de Derechos humanos de las personas intersex en las Américas” con motivo del 161 período de sesiones, Ale persona intersex expresó:

Después de varios exámenes me diagnosticaron con Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) en su forma perdedora de sal, también presentaba lo que los médicos llaman “genitales ambiguos”. Según los registros médicos tenía una hipospadias con un falo/clítoris más grande de lo “normal” y labios fusionados que se asemejaban a testículos; nadie me habló de esto, todo lo tuve que descubrir por mí mismo cuando pedí mi ficha clínica en el hospital. También, fue grande mi sorpresa cuando descubrí que fui inscrito con sexo masculino al nacer, y a los 2 meses cambiaron mi sexo a femenino al descubrir que tenía cromosomas XX y, por lo tanto, órganos reproductivos internos típicamente femeninos, y presentaba diferencias genitales debido a que contaba con niveles más altos de testosterona que los de una mujer típica.

A los 2 meses de vida los médicos decidieron reducir el tamaño de mi falo/clítoris por considerarlo muy grande para una mujer, lo que dio inicio a un largo proceso de feminización forzada, que puedo resumir con dos palabras: violación y tortura.⁶⁷

El manejo de la intersexualidad, no obstante, previo al *disciplinamiento* médico de esta condición, constituye en palabras de Fausto Sterling un *continuum* entre el binario macho-hembra.⁶⁸ En algún momento histórico, la intersexualidad estuvo sancionada a los *márgenes de racionalidad de la ley*, ya que muchos individuos sufrieron penas tales como “las condenas a muerte en la hoguera, a vivir conforme a uno de los dos sexos[,] o al olvido.”⁶⁹ Existen tratamientos legales rastreables incluso hasta la Antigua Roma con las leyes de censura, tolerancia y aniquilación de la intersexualidad.⁷⁰

67. *De Santiago de Chile a Washington D.C.*, Día DE LA INTERSEXUALIDAD (19 de oct. de 2017), <http://intersexday.org/es/ale-santiago-chile/>.

68. FAUSTO-STERLING, *supra* nota 63, en 31 (expresando por *continuum* que mientras existen dos polos en el mundo de los sexos claramente definibles, en el medio se inscriben un sinnúmero de corporeidades diversas).

69. Daniel J. García, *Del mito a la carne*, en SOBRE EL DERECHO DE LOS HERMAFRODITAS 21, 29 (Daniel J. García ed., 2015).

70. *Ver id.* en 25–29 (haciendo un recorrido desde la mitología a las leyes de la Antigua Roma en la que los hermafroditas al inicio de su fundación eran arrojados al río Tíber, luego con Rómulo se dicta una ley que permite asesinar al hermafrodita o *anaperon* (malformado), posteriormente en tiempos de Plinio se les toleró y

Esta concesión del derecho a la medicina de la cuestión intersexual se encuentra influenciada por factores como el nacimiento de la biología y también, por el traslado del acto de nacer a los hospitales en cuyos prestadores médicos recae el deber de identificación del sexo *normal* y *anormal*.⁷¹ La biología influyó en este proceso ya que se considera la rama de la ciencia encargada de ordenar, clasificar y cualificar la naturaleza de los sexos y en el que conceptos como lo *anormal* empezaron a asociarse a los de *patología* o *enfermedad*.⁷²

La identificación del sexo por parte de los prestadores de servicios médicos es fundamental. Sin dicha identificación no es posible, por ejemplo, llevar a cabo el acto registral del sujeto ya-nacido. En este contexto, el derecho obra como un sistema de clasificación de la persona al interior de un Estado que igualmente ordena y controla.⁷³ Es así como esta decisión inicial sobre el sexo, convierte al sujeto en merecedor o no de ciertas facultades o prerrogativas que en el pasado (como el voto, la anticoncepción, el trabajo, el servicio militar, etc.) eran exclusivas de los hombres, y que hoy siguen siendo discutidas y reclamadas en condiciones de igualdad de trato y oportunidades por las mujeres.⁷⁴

permitted inclusive to contract marriage, which changed with the emperor Constantine who ordered his execution in the pyre); DANIEL J. GARCÍA LÓPEZ, RARA AVIS: UNA TEORÍA QUEER IMPOLÍTICA 33 (2016).

71. Ver Charlebois, *supra* nota 35, en 1.

72. Ver ÉLODIE GIROUX, DESPUÉS DE CANGUILHEM: DEFINIR LA SALUD Y LA ENFERMEDAD 31, 148, 154 (2011) (describiendo los conceptos de *normalidad-salud* vs. *anormalidad-patología* al interior de la teoría de la normatividad biológica de Georges Canguilhem, del naturalismo no reduccionista de Christopher Boorse, y el normativismo moderado de Lennart Nordenfelt; cada una importante en la definición actual de qué significa salud y qué la enfermedad); ver también FAUSTO-STERLING, *supra* nota 63, en 34–39 (haciendo todo un recorrido histórico de la intersexualidad y los momentos en los cuales la intersexualidad fue asociada a los conceptos de anormalidad y enfermedad).

73. Ver Paula Siverino Bavio, *El derecho ante la diversidad: la transexualidad y el derecho a la identidad sexual en la jurisprudencia Argentina*, 41 IUS ET VERITAS 50, 52 (2010) (refiriéndose a la diferencia entre *identidad* como un devenir existencial de la persona y la *identificación* como un elemento de orden y control de los Estados que asume los datos contenidos en el registro de identificación como tomados de la realidad).

74. Ver FAUSTO-STERLING, *supra* nota 63, en 77 (citando a la filósofa Jana Sawicki, quien cree que, aunque nuevas tecnologías reproductivas pueden sostener el estatus quo de las relaciones de poder existentes, a la misma vez ofrezcan nuevas posibilidades de “interrupción y resistencia”).

La identificación documentada del sexo al nacer sigue siendo trascendental para el derecho (en adición a otros elementos constitutivos de la personalidad como el nombre). Dicha identificación, en nuestro análisis, asigna la tenencia de un género concreto acompañado de roles, orientaciones y expresiones que condicionarán su relación especialmente con aquellos del género y sexo contrarios. En materia de derechos ese 1%, que es el sexo en la constitución corporal, orienta la identificación del sujeto como titular de derechos y su lugar en la sociedad en calidad de persona (ya sea hombre o mujer); esto, a su vez, trae consigo sistemas de complejos significados acerca del sexo y el género y define el sentido de ese otro 99% que lo integra.⁷⁵

III. VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE PERSONAS INTERSEXUALES

Luego de revisar este panorama acerca del paradigma de medicalización de la intersexualidad, paradigma que es indispensable considerar para entender las necesidades en materia de derechos humanos de los sujetos que se identifican corporal y políticamente como “intersex”; se deben considerar las dinámicas en torno a la violencia de género⁷⁶ que explica cómo los sistemas binarios en torno al sexo y el género, significan esquemas de violencia contra esta población que son complementarias o que están yuxtapuestas.

El sistema dicotómico “sexo-género” constituye la base fundante del heteronormativismo y la heterosexualidad, según la cual, se necesita de un cuerpo anatómicamente sexuado de macho (pene, escroto, testículos) o de hembra (vagina, trompas de falopio, ovarios, labia) para que se atribuyan uno de los dos únicos géneros junto a sus respectivos roles; el macho asumirá las actitudes del niño-hombre y la

75. Ver David Valentine & Riki Anne Wilchins, *One Percent on the Burn Chart: Gender, Genitals, and Hermaphrodites with Attitude*, 52 SOC. TEXT 215 (1997) (expresando que anatómicamente los genitales (visión morfológica interna y externa del sexo) constituyen el 1% en la corporeidad del sujeto).

76. Ver Cabral & Benzur, *supra* nota 38, en 293 (expresando que no todo sujeto tenedor de una corporeidad no normativa se identifica *automáticamente* como intersexual en el entendido de *subjetividad política*, pues pueden percibir su condición como un castigo o que habiendo sido intervenidos se sienten al fin “curados”).

hembra asumirá los comportamientos de la niña-mujer. El macho, se caracterizará por una mayor capacidad de abstracción y análisis, fealdad, brusquedad, egoísmo; la hembra, por otra parte, se caracterizará por la inclinación hacia el cuidado de los otros, la belleza, el trabajo manual y la delicadeza.⁷⁷ Estos roles de género conducen, bajo esta pretendida lógica unívoca, a la asunción de orientaciones sexuales según las cuales el hombre se sentirá atraído física, sexual y románticamente por sujetos sexuados del género contrario (mujeres), al igual que la mujer habrá de hacerlo en un sentido contrario hacia los hombres.

Esta “naturalidad” con que la que se desarrolla el proceso *cuerpo sexuado-género asignado/asumido-orientación sexual*, cuenta no obstante con la presencia de identidades y cuerpos subversivos.⁷⁸ Aquellos quienes a lo largo del tiempo y por su posición retadora de aquel orden proyectado en lo moral pero también en lo jurídico, han sido puestos bajo las diferentes casillas del *pecado-la enfermedad-el delito*.⁷⁹ Así, los transgresores de la dicotomía del cuerpo sexuado bajo la pregunta “¿es niño o niña?” son los intersexuales; quienes lo hacen en términos del género asignado y asumido son los sujetos trans; mientras que sobre la orientación sexual son los gays, lesbianas y bisexuales quienes irrumpen con la tradición de la regla explicada anteriormente.⁸⁰

Descritas así las reglas del universo sexo-género y habiendo identificado a sus transgresores ¿cuáles son en concreto los tipos de violencia de género a los que se enfrentan los sujetos intersexuales? La respuesta quizá no sea tan aparente como podría serlo tratándose de las violencia de género a las que son sometidos los sujetos trans (criminalización, imposibilidades de acceso a tratamientos quirúrgicos

77. Ver Isabel Cristina Jaramillo, *La crítica feminista al derecho*, en GÉNERO Y TEORÍA DEL DERECHO 29, 29 (2000) (explicando los roles de género atribuidos a cada uno de los sexos normativos).

78. Ver JULIE A. GREENBERG, INTERSEXUALITY AND THE LAW: WHY SEX MATTERS 3 (2012).

79. Ver *id.* en 4–5.

80. Ver DIEGO LÓPEZ MEDINA, CÓMO SE CONSTRUYEN LOS DERECHOS: NARRATIVAS JURISPRUDENCIALES SOBRE ORIENTACIÓN SEXUAL 113, 150 (2016); ver también GREENBERG, *supra* nota 78, en 3 (describiendo la serie de transgresores de las reglas comúnmente aceptadas al interior de las categorías “cuerpo sexuado,” “rol e identidad de género” y “orientación sexual”).

de cambio de sexo, imposibilidad de modificar o corregir sus documentos de identidad personal de acuerdo al género o sexo autopercibido, homicidios, etc.), o las personas gay, bisexuales y lesbianas (impedimentos para contraer matrimonio o adoptar, acceder al sistema prestacional de su compañero o compañera sentimental, etc.).⁸¹

Lo anterior puede deberse a que la única violencia aparentemente ejercida contra sujetos intersexuales es la de tipo *sexual*. La violencia sexual es generalmente ejercida y motivada por la “ambigüedad” o “anormalidad” del sexo de la persona intersexual que se presume debe ser “curada” en aras de procurar el mantenimiento del orden sexual dicotómico. Sin embargo, y particularmente en el caso de las personas intersexuales, la violencia ejercida en el quirófano y normalizada con el bisturí sobre sus cuerpos, no orbita exclusivamente sobre el universo *sexo-género*, sino sobre su reformulación *género-sexo-género*.⁸² Esta reformulación explicaría cómo “las expectativas sociales sobre el género, basadas en la anatomía genital externa, [son] las que determinan la asignación [del sexo]”⁸³ sobre el sujeto intersex, en quienes “la cirugía únicamente pretende acomodar . . . los genitales externos del bebé a las expectativas sobre cómo debe desarrollar su género en condiciones de normalidad.”⁸⁴

En nuestro análisis, el proceso *género-sexo-género* da inicio con la elección efectuada al interior del quirófano, del sexo que tendrá el recién nacido que no es, según los parámetros médicos, claramente macho ni claramente hembra. Dicha elección se orienta bajo la racionalidad médica en torno a la cual, en casos de ambigüedad, resulta más fácil hacer vaginas que penes; M. Cabral lo llama por su parte el *sesgo de género* en el que toda intervención quirúrgica de la intersexualidad tiende hacia la femineidad que la reduce a la tenencia de un clítoris que no podrá ser confundido con un pene, y a la

81. Ver *Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales en América*, supra nota 1, ¶¶ 56–79 (describiendo de manera extensa los distintos tipos de violencia que sufre el colectivo LGBT y los grupos de intersexuales en América Latina).

82. Ver discusión *infra* Parte I.

83. Ver Daniel J. García López, *La intersexualidad en el discurso médico-jurídico*, 8 EUNOMIA REVISTA EN CULTURA DE LA LEGALIDAD 54, 58 (2015).

84. Ver *id.*

capacidad de la vagina de alojar el miembro viril.⁸⁵

Según S. Creighton, ese mismo sesgo de género antes descrito, ha dado como resultado que la mayoría de menores de edad intersex intervenidos hayan sido asignados hacia al sexo-género femenino.⁸⁶ Conocido también como proceso de *feminización forzada*, se pretende en últimas fijar en el sexo morfológico, intervenido estética y hormonalmente, la asignación de género asumida por el prestador médico y autorizada, en algunos casos, por los representantes legales del menor de edad, quien *deberá* al crecer, apropiarlo y aceptarlo.⁸⁷ La violencia se expresa cuando en ese proceso de crecimiento y asunción de los roles reforzados por su entorno, el menor de edad rechaza la asignación de género que influyó el sentido de la asignación de sexo irreversible y definitivamente ejecutada sobre su cuerpo.⁸⁸

Según J. Greenberg,⁸⁹ este tipo de violencias conjuntamente ejercidas privan o dificultan a lo largo del tiempo el ejercicio de un grupo significativo de derechos por parte de la persona intersex, entre los que se encuentran: (1) el derecho a la autonomía (que refleja el derecho a los actos sobre el propio cuerpo); (2) el derecho al consentimiento informado y a la información; (3) los derechos sexuales y reproductivos (entre estos el derecho a la integridad sexual, el derecho a la identidad sexual y de género); (4) el derecho a la identificación; (5) el derecho al matrimonio; (6) el derecho al deporte;⁹⁰ (7) el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica;

85. Ver Cabral & Benzur, *supra* nota 38, en 290–91 (explicando que, “por el contrario, la masculinidad es cuidadosamente reservada sólo para aquellos individuos capaces de conformar el estereotipo peneano de nuestra cultura”).

86. Ver Creighton et al., *supra* nota 37, en 35 (proporcionando una relación de asignación de género de 9 hembras: 1 varón).

87. Ver *id.*

88. Ver Charlebois, *supra* nota 35, en 12–13 (es importante señalar, que existen personas intersex sobre quienes se efectuó una intervención quirúrgica y hormonal que sienten que la asignación de sexo y género tal y como fue efectuada, no representa un acto de violencia y aceptan en cambio, sin oposición, la decisión tomada en este sentido por el cuerpo médico durante su infancia).

89. Julie Greenberg, *International Legal Developments Protecting the Autonomy Rights of Sexual Minorities: Who Should Determine the Appropriate Treatment for an Intersex Infant?*, en *ETHICS AND INTERSEX* 87, 88–90 (Sharon Sytsma ed., 2006).

90. Ver Georgiann Davis & Sharon Preves, *Intersex and the Social Construction of Sex*, 16 *CONTEXTS* 80, 80 (2017) (refiriendo en ese mismo sentido el caso de la

entre otros.

IV. LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE SUJETOS INTERSEX

Hasta ahora, se ha contextualizado el escenario principal en el que los derechos humanos de las personas intersexuales son vulnerados. A su vez, se ha dado un primer acercamiento a la interrelación de los tipos de violencia que tienen lugar en el quirófano: la sexual y la de género. Ambas, en su conjunto, son ejercidas contra sujetos cuya corporeidad no encaja en el binario mujer-hombre y cuya “anormalidad” ha intentado ser “corregida” en aras de procurar el mantenimiento de un orden en el mundo de los sexos. En lo que sigue conviene preguntar, cuáles han sido los avances en la protección de los derechos humanos de las personas intersex y cuáles sus instrumentos de articulación específicamente al interior del continente americano.⁹¹

A. LA OPINIÓN CONSULTIVA OC-24/17

La Opinión Consultiva OC-24/17 (OC-24/17), la cual está dirigida a la interpretación de los derechos a la identidad, igualdad y no discriminación de personas LGBTI,⁹² es más bien modesta en su texto

corredora Dutee Chand suspendida después de haber participado en una competición internacional por haber presentado niveles de hormonas andrógenas superiores al normal permitido para mujeres, tenedora por supuesto de una corporeidad intersex); *ver también* Katrina Karkazis et al., *Out of Bounds? A Critique of the New Policies on Hyperandrogenism in Elite Female Athletes*, 12 AM. J. BIOETHICS 3, 3 (2012) (criticando especialmente las políticas del Comité Olímpico Internacional que ha sometido a revisiones genéticas y genitales exhaustivas y denigrantes a deportistas con tenencia de cuerpos intersex resaltando el caso de la corredora Caster Semenya).

91. Por cuestiones de espacio la revisión será restringida al continente americano, pero pueden consultarse avances a nivel global las siguientes referencias: *ver* Greenberg, *supra* nota 89, en 92–99; *ver también* Council Eur. Comm'r Human Rights, *Human Rights and Intersex People*, COUNCIL OF EUR. 1 (2015), <https://rm.coe.int/16806da5d4> (debatendo las cuestiones que enfrentan los individuos intersexuales en Europa y abogando por la eliminación del tratamiento “normalizante” médicamente innecesario sin el consentimiento libre y plenamente informado de la persona); AUSTL. HUMAN RIGHTS COMM'N, *RESILIENT INDIVIDUALS: SEXUAL ORIENTATION, GENDER IDENTITY, & INTERSEX RIGHTS 1*, 57–59 (2015).

92. *Ver* Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad

al referirse a la titularidad de esos mismos derechos en cabeza de las personas intersex.⁹³ Al respecto, su título advierte que las preocupaciones centrales de la opinión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CtIDH) se basaron únicamente en el estudio de las categorías *orientación sexual, identidad y expresión de género*.⁹⁴

Lo anterior es posible constatarlo, por ejemplo, cuando la CtIDH establece “que la orientación sexual y la identidad de género de las personas son categorías protegidas por la Convención.”⁹⁵ En este sentido, “[la orientación sexual y la identidad de género] está[n] proscrita[s] por la Convención [como] cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la orientación sexual o en la identidad de género.”⁹⁶ La CtIDH enfatiza una vez más que “la orientación sexual y la identidad de género, así como la expresión de género, son categorías protegidas por la Convención.”⁹⁷ La CtIDH desarrolla esta idea de forma extensiva y hace alusión a la normativa internacional del sistema americano⁹⁸ y universal⁹⁹ de los derechos humanos, sentencias del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos,¹⁰⁰ en conjunto con normativa nacional de los Estados parte de la OEA¹⁰¹ aplicables en la materia.

de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), Opinión Consultiva OC-24/17, Ct. Inter-Am. DD. HH. (ser. A) No. 24, ¶ 53 (24 de nov. de 2017) (abordando las preguntas elevadas por el Estado de Costa Rica sobre el derecho a la identidad de género, el procedimiento del cambio de nombre y los derechos que se derivan de un vínculo entre personas del mismo sexo. Para resolver estos interrogantes la CtIDH estimó necesario contextualizar jurídicamente el criterio de “género” al interior de los derechos a la igualdad y no discriminación y a la identidad inmersos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y con aquella base, desarrolló el fondo de las preguntas formuladas en consulta).

93. *Ver generalmente id.* ¶¶ 68–80 (estableciendo que la orientación sexual y la identidad de género, así como la expresión de género, son categorías protegidas por la Convención).

94. *Ver id.* ¶ 78.

95. *Id.* ¶ 68.

96. *Id.*

97. *Id.* ¶ 78.

98. *Ver id.* ¶ 59.

99. *Ver id.* ¶ 71.

100. *Ver id.* ¶ 77.

101. *Ver id.* ¶ 78.

La CtIDH entiende que la inclusión de las categorías orientación sexual, identidad y expresión de género se encuentran inmersas como criterios de discriminación al interior de la expresión “cualquier otra condición social;” dicha interpretación le permitió resolver las cuestiones planteadas por el Estado de Costa Rica sobre el cambio de nombre y vínculos entre personas del mismo sexo; en términos de defensa de los derechos de las personas “intersex,” aquella omisión a las *corporeidades diversas* puede traducirse en la invisibilización de una minoría al interior de otra minoría cuyos intereses no fueron enunciados aun cuando aquello hubiese sido esperable, en la medida que la CtIDH en el contenido de la OC-24/17 se refiere en repetidas ocasiones a la comunidad LGBTI y no sólo al colectivo LGBT.¹⁰²

Lo anterior, antes que “olvido,” resulta ser indicador de dos situaciones en concreto. La primera, que los intereses esenciales en torno a los cuales gira el activismo de gays, lesbianas, trans y bisexuales a pesar de ser enunciados bajo el acrónimo LGBTI, difieren de aquellos otros que defiende la comunidad intersexual; y la segunda, que la inclusión—a veces deliberada—de la “i” en el activismo LGBT no genera automáticamente conciencia sobre las preocupaciones en materia de derechos humanos de éste otro grupo minoritario.¹⁰³ Sobre este particular, incluso la propia CIDH en el informe sobre violencia contra personas LGBTI en América deja constancia de la disparidad que puede existir en la defensa de los intereses LGBT por una parte, y de los intersexuales por otra, según lo expresado por organizaciones de la sociedad civil sosteniendo al respecto que “las violaciones a derechos humanos que enfrentan las personas intersex no están representadas en los términos de orientación sexual o identidad de género.”¹⁰⁴

102. *Ver id.* ¶¶ 21, 27, 30, 35–39, 41, 44–48, 50, 61 (párrafos en los que hace referencia la CtIDH al colectivo LGBTI).

103. *Ver* Charlebois, *supra* nota 35, en 1 (refiriendo que incluso al interior del colectivo LGBT existen actitudes negativas respecto a las personas intersexuales porque muchas de estas personas sostienen visiones normativas del sexo o llevan a cabo presunciones acerca de las identidades y sexualidades intersex, por lo cual aboga por la separación de lo “i” del colectivo LGBT); *ver también* Cabral & Benzur, *supra* nota 38, en 297–298 (refiriendo que inclusive incorporar lo “i” a la agenda LGBT exigiría cuestionar profundamente los supuestos corporales que sostienen esas *identidades y orientaciones sexuales* que siguen siendo normativas).

104. *Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales*

A pesar del uso de la sigla LGBTI sin una clara referencia a los intereses “i,” la OC-24/17 vierte tres consideraciones que son aplicables también respecto de los sujetos intersexuales, esencialmente, por su calidad de *personas discriminadas por la tenencia de características sexuales no binarias*.¹⁰⁵ La primera de ellas, relacionada a la argumentación según la cual la cláusula de protección de la dignidad que contiene a su vez el principio de autonomía de la persona, obliga a terceros a respetar al ser humano como fin en sí mismo, debiendo ser tratado “según sus intenciones, voluntad y propias decisiones de vida.”¹⁰⁶ El principio de la autonomía que lo faculta para autogobernarse como dueño de sí mismo y orientar su propia personalidad, aspiraciones, identidad y relaciones personales.¹⁰⁷ En este sentido, sus opciones y todas aquellas otras circunstancias que le den sentido a su existencia, “conforme sus propias opiniones y convicciones,”¹⁰⁸ le permiten formarse como un ente diferenciado.

Conforme a dicha interpretación, el segundo argumento de la CtIDH se encuentra vinculado al reconocimiento del sexo y el género como construcciones identitarias que deben ser productos del ejercicio de la autonomía libre de la persona, y no una imposición basada en la percepción de terceros que condicionen estas dos categorías a la mera genitalidad.¹⁰⁹

Este reconocimiento le permitiría a la CtIDH ordenar en el futuro, la suspensión del protocolo medicalizante de las personas intersex a quienes, que, según se señaló más arriba, se lleva a cabo de manera no consentida asignando un sexo y un género de acuerdo a la percepción que del *deber ser* de la genitalidad, tiene el equipo médico tratante.

en América, *supra* nota 1, ¶ 12.

105. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), Opinión Consultiva OC-24/17, Ct. Inter-Am. DD. HH. (ser. A) No. 24, ¶¶ 61–79 (24 de nov. de 2017).

106. *Id.* ¶ 86.

107. *Ver id.* ¶ 87.

108. *Id.* ¶ 93.

109. *Ver id.* ¶ 94.

El tercero de los argumentos expuestos por la CtIDH, particularmente aplicable para el logro de la protección de los intereses “i,” es el desarrollo del concepto de *discriminación por percepción*. Dicho concepto establece que la *discriminación por percepción* “tiene el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, el goce o el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona objeto de dicha discriminación (independientemente de si dicha persona se autoidentifica o no con una determinada categoría).”¹¹⁰ Discriminación que, en nuestro análisis, se basa en la percepción que tienen sobre la normalidad del sexo y el género quienes efectúan y autorizan los tratamientos hormonales y quirúrgicos sobre los cuerpos de menores de edad intersexuales.

Con respecto a la OC-24/17, la CtIDH, señala además que las argumentaciones vertidas sobre: (1) el derecho a la igualdad y no discriminación por motivos de orientación sexual; (2) la identidad y expresión de género; y (3) también sobre la discriminación por percepción y el ejercicio a la autonomía en la determinación del propio sexo, deben igualmente reconocerse a los “niños y niñas en su calidad de sujetos de derechos.”¹¹¹ En este sentido, su aplicación deberá ser interpretada en compañía del *corpus iuris* sobre derechos de la infancia.¹¹²

Lo anterior contiene al menos una idea esencial aplicable por analogía en materia de derechos en la infancia del menor intersex, y que tiene que ver con la garantía y respeto de su *autonomía en desarrollo*.¹¹³ Debiendo en este sentido, ser escuchado y tenido en cuenta en caso de querer cambiar de nombre o corregir el sexo contenido en su registro civil, de negarse a los procesos quirúrgicos y hormonales, entre otras decisiones relacionadas a su existencia.¹¹⁴

110. *Id.* ¶ 79.

111. *Ver id.* ¶ 150.

112. *Ver id.* ¶ 149.

113. *Ver* Corte Constitucional [C.C.], 12 de mayo, 1999, Sentencia SU-337/99, ¶ 23 (Colom.) (“Los padres y tutores pueden entonces tomar ciertas decisiones en relación con el tratamiento médico de los niños, incluso, a veces, contra la voluntad aparente de éstos. Sin embargo, ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, *por cuanto el niño no es propiedad de nadie sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo*, que tiene entonces protección constitucional.”).

114. *Ver* Bavio, *supra* nota 9, en 7 (explicando que la formación de la identidad

Adicionalmente, la OC-24/17 les permitirá, en su calidad de nacionales de alguno de los Estados de las Américas parte de la OEA, efectuar el respectivo cambio de nombre y corrección en la indicación del tipo sexo (procedimiento que según la CtIDH es un derecho amparado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos en sus artículos: 7, 11.2, 3 y 18).¹¹⁵ A pesar de que la CtIDH enfatizó en que el cambio de nombre y sexo es una facultad propia de las personas trans,¹¹⁶ nada impide para que en términos de igualdad pueda ser reconocida en cabeza de las personas intersex que, al igual que las personas trans, se encuentran en la definición de su propia identidad personal separada de la genitalidad.

B. LOGROS A NIVEL AMERICANO

Entre los logros significativos reportados en materia intersexual en el continente americano destaca especialmente el informe de la CIDH sobre violencias contra personas LGBTI del año 2015.¹¹⁷ Existe un conjunto diverso (aunque escaso) de pronunciamientos judiciales que confirman no sólo la baja litigiosidad en relación de casos de personas intersex, sino, la lucha de lo “i” por ser reconocido como un asunto de derechos humanos.¹¹⁸

El informe del año 2015 de la CIDH fue el primero que con alcance internacional en el espacio americano advirtió sobre los diferentes actos que, ejercidos contra sujetos intersex, constituían hechos de

sexual, además de constituir un aspecto fundamental de la identidad, es percibida y construida por el sujeto permitiéndole reconocerse a sí mismo como ser sexuado y—más adelante en la adultez—como ser sexual. Identidad que junto con sus componentes (identidad de género, rol de género y orientación sexual) se desarrollan, aceptan o no—de haber sido asignado un sexo y género al nacer—entre los dos y cinco años de edad).

115. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), Opinión Consultiva OC-24/17, Ct. Inter-Am. DD. HH. (ser. A) No. 24, ¶¶ 111–16 (24 de nov. de 2017).

116. *Ver id.* ¶ 101.

117. Olga Lucía Camacho Gutiérrez, 2015. *El año de visibilización de la intersexualidad*, DPI CUÁNTICO (10 de mar. de 2016), http://dpicuantico.com/area_diario/doctrina-en-dos-paginas-diario-familia-y-sucesiones-nro-62-11-03-2016/.

118. *Id.*

violencia.¹¹⁹ Destacó, por ejemplo, que la violencia médica es el tipo excepcional de violencia que se ejerce contra esta minoría, a diferencia de aquellas otras que caracterizan la victimización del colectivo LGBT.¹²⁰ Dicha violencia médica que no sólo tiene lugar en el quirófano, sino, que incluye la realización de “cirugías irreversibles de asignación de sexo y de ‘normalización’ de genitales; esterilizaciones involuntarias; sometimiento excesivo a exámenes médicos y fotografías y exposición de los genitales; falta de acceso a información médica e historias clínicas; retardos en el registro de nacimiento; negación de servicios o seguros de salud, entre otras.”¹²¹

En nuestro análisis, su contenido además provee evidencia de los protocolos médicos de atención a la intersexualidad que se realizan sin el consentimiento informado de niños, niñas, adolescentes y adultos, y que se caracterizan esencialmente por su naturaleza definitiva, irreversible e inmutable, constituyendo una práctica estándar al interior de los países de las Américas. Allí la CIDH deja constancia de la falta de documentación y seguimiento a estos casos, lo cual impide, por ejemplo, cuantificar el índice¹²² de nacimientos intersex o de personas sometidas a dichas prácticas.¹²³

Las principales preocupaciones de organizaciones y defensores de derechos humanos de la intersexualidad están relacionadas a: (i) la *innecesaridad* de los protocolos médicos de “normalización;” (ii) su naturaleza únicamente estética y sin beneficio alguno sobre la corporeidad del sujeto; (iii) la aparente motivación de los protocolos de intervención en el criterio de “urgencia médica,” que constituyen

119. *Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales en América*, *supra* nota 1, ¶ 6.

120. *Id.* ¶ 182.

121. *Id.*

122. *Ver* Greenberg, *Health Care Issues Affecting People With an Intersex Condition or DSD: Sex or Disability Discrimination?*, *supra* nota 4, en 855 (explicando que aproximadamente uno entre 1.500 o 1 entre 2.000 nacimientos son de bebés intersexuales); *ver también* Leonard Sax, *How Common is Intersex? A Response to Anne-Fausto Sterling*, 39 J. SEX RES. 174, 177 (2002) (respondiendo a estimaciones como las de Julie Greenberg, Leonard Sax sostiene que el índice de población con intersexualidad es 100 veces más baja debido a que, muchas condiciones intersex que califican como tal deben ser desestimadas puesto que no constituyen en términos médicos una condición de “sexo ambiguo”).

123. *Ver Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales en América*, *supra* nota 1, ¶¶ 392–95.

más bien un esfuerzo por registrar en los tiempos de ley a los recién nacidos; (iv) que de ser llevada a cabo la asignación de sexo y género, sus efectos dañinos adquieren una naturaleza prolongada y traumática para la vida de la persona comprendiendo desde el dolor crónico, la pérdida de la capacidad sexual y placentera hasta la misma esterilización de la persona; y (v) la preocupación acerca de la naturaleza patológica de la intersexualidad que se debe más a la transgresión de los binarismos del sistema sexo-género, que al deterioro en la salud que una condición intersex pueda producir en la misma.¹²⁴

Enfatizó por último que “la esterilización forzada e involuntaria de las personas intersex representa una grave violación de derechos humanos,”¹²⁵ El ente recomendó que “las clasificaciones médicas que patologizan a todas las personas intersex o todas las variaciones de las características sexuales sean revisadas y modificadas respectivamente con el fin de asegurar que las personas intersex gocen efectivamente del derecho al nivel más alto posible de salud y otros derechos humanos.”¹²⁶

Por otra parte, se cuenta de manera excepcional en el continente americano con al menos diez sentencias proferidas por la Corte Constitucional colombiana abordando la cuestión intersexual desde el año 1992 hasta ahora.¹²⁷ Los problemas jurídicos se han centrado específicamente en el estudio de: (i) la legitimidad de la autoridad (instituciones médicas, representantes legales de los menores de edad) para tomar la decisión de consentir a los procesos de “normalización” genital; (ii) la naturaleza del consentimiento sustituto paterno y la eventual autorización del juez constitucional para su realización; (iii) el consentimiento informado proveído por el sujeto intervenido siendo

124. *Ver id.* ¶¶ 185–89.

125. *Id.* ¶ 192.

126. *Id.*

127. Olga Lucía Camacho Gutiérrez, *Análisis terapéutico de precedentes: un estudio de la intersexualidad a partir de los pronunciamientos de la Corte Constitucional*, 9 PRECEDENTE 155, 161 (2016) [en adelante Gutiérrez, *Análisis terapéutico de precedentes: un estudio de la intersexualidad a partir de los pronunciamientos de la Corte Constitucional*] (señalando la existencia de las sentencias T-477 de 1995, SU-337 de 1999, T-551 de 1999, T-1390 de 2000, T-1025 de 2002, T-1021 de 2003, T-622 de 2014 y T-450A de 2013).

apenas un menor de edad; (iv) requisitos para la atención en salud de menores intersex relacionados a su afiliación; (v) la vulneración de los derechos fundamentales del menor ante el evento de no-ofrecimiento por parte del equipo médico tratante, de las opciones quirúrgicas y hormonales de “corrección” de la ambigüedad en el sexo; y (vi) la vulneración de los derechos fundamentales del menor intersex ante la negativa del reconocimiento de su personalidad jurídica en el registro civil.¹²⁸

Este conjunto de sentencias que le han valido reconocimiento internacional al Tribunal Constitucional de Colombia a nivel global¹²⁹ como el único en abordar tan distintas cuestiones sobre la materia “i,” han formulado al menos dos avances notables al interior de la lucha por los derechos de las personas intersex y que tienen que ver con la proposición del consentimiento informado por menores de edad de 5 años ante los tratamientos de reasignación de sexo, y la creación del consentimiento informado *cualificado y persistente*¹³⁰ como figura aplicable únicamente ante casos de intersexualidad.

Así, mediante la sentencia T-477 de 1995 el alto tribunal de la jurisdicción constitucional de Colombia determinó que los menores no sólo no eran propiedad de sus padres ni del Estado puesto que “no puede[n] ser juguete de experimentos despersonalizados ni tampoco puede su identidad ser desfigurada para que el contorno dentro del cual vive se haga a la idea del «género» que unos médicos determinan con la disculpa de que era lo ‘menos malo;’”¹³¹ sino que no permitió a médicos ni padres intervenir el cuerpo del menor intersex, puesto que se trata de una decisión con efectos irreversibles, inmutables y cuyos beneficios no habían sido hasta entonces documentados por la ciencia médica, por lo cual se estaría de frente a una violación del derecho a la identidad, dignidad y libre desarrollo de la personalidad del

128. *Ver id.* en 167–69.

129. *Ver id.* en 160; *ver también* Greenberg, *supra* nota 89, en 92; Lee et al., *supra* nota 5, en e497; Julie Greenberg, *Legal Aspects of Gender Assignment*, 13 THE ENDOCRINOLOGIST 277, 283–84 (2003).

130. *Ver* Gutiérrez, *Análisis terapéutico de precedentes: un estudio de la intersexualidad a partir de los pronunciamientos de la Corte Constitucional*, *supra* nota 127, en 170–83.

131. Corte Constitucional [C.C.], 23 de octubre, 1995, Sentencia T-477/95, ¶ 13.1 (Colom.).

infante.¹³² La decisión en este caso, la Corte la delegó al menor de edad quien superaba apenas los seis años de edad.¹³³

Y a través de la sentencia SU-337 de 1999 esta misma Corte en consideración de su decisión anterior, fijó como umbral los cinco años de edad para que todo menor intersexual puesto en el escenario de decidir sobre la realización de los procedimientos de reasignación de sexo, tomara la decisión en tanto que “no sólo ha desarrollado una identidad de género definida sino que, además, tiene conciencia de lo que sucede con su cuerpo.”¹³⁴ Su consentimiento en ese sentido además de ser informado, deberá caracterizarse por su naturaleza *cualificada y persistente*, esto es que la decisión sea provista una vez el menor cuente con la información comprensible y adaptada en términos comprensibles para su edad, pero que además la autorización sea sostenida periódicamente a través del tiempo para aquel pueda asegurarse que cada procedimiento que se realice desde la toma de su decisión, se encuentra comprendida en el umbral de la misma.¹³⁵

Otro esfuerzo reciente en la región por proteger los derechos de las personas intersexuales, se relacionaba con la Circular No. 07 del Ministerio de Salud de la República de Chile mediante la cual se “Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex”¹³⁶ y que fuera emitida el 23 de agosto del año 2016 ordenando:

[a]nte sospecha de DSD/intersexualidad en un neonato... diferir la asignación de sexo hasta ser evaluado en un Centro de Referencia. Los familiares deben ser informados de esta condición de salud y aclarados que la referencia del paciente es para un diagnóstico especializado y tomar una

132. *Id.*

133. *Id.*

134. Corte Constitucional [C.C.], 12 de mayo, 1999, Sentencia SU-337/99, ¶ 23 (Colom.).

135. Ver Gutiérrez, *Análisis terapéutico de precedentes: un estudio de la intersexualidad a partir de los pronunciamientos de la Corte Constitucional*, supra nota 127, en 174.

136. Ministerio de Salud, República de Chile, *Complementa circular N° 18 que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex*, CIRCULAR N° 07 (2016), http://normativas.minsal.cl/CIRCULARES/CIRCULAR_7_16_SP.pdf.

decisión informada, compartida entre ellos y los expertos.¹³⁷

No obstante, esta Circular aun cuando resultó novedosa en su momento, no sólo seguía delegando la toma de la decisión sobre la autorización de los procedimientos de normalización a los padres del menor y a los equipos médicos interdisciplinarios especializados, sin proponer una postura de moratoria de los mismos o designar como sujeto decisor al paciente; sino que también conservaba un lenguaje que seguía ligando la intersexualidad al discurso de la patología sujeta a cura.

Finalmente, y como antecedente valioso, se tiene conocimiento del caso *M.C. v. Medical University of South Carolina* emitida por la Corte de Apelaciones del Cuarto Distrito de los Estados Unidos¹³⁸ en el cual se demandó por responsabilidad médica, al equipo de galenos que intervinieron a un menor intersex de 16 meses de edad mientras se encontraba bajo custodia del Departamento de Servicios Sociales.¹³⁹ Sus padres adoptivos quienes lo acogieron luego de la cirugía de reasignación de sexo, considerando que se trataba de una violación del derecho a decidir y a la futura reproducción de su hijo, interpusieron la acción civil por la realización de un procedimiento irreversible, invasivo y doloroso en la anatomía de aquel.¹⁴⁰

La evaluación de los daños sufridos por el menor, según el contenido del fallo, se fue evidenciando a medida que el menor asignado al sexo femenino luego de la remoción de sus testículos no descendidos y la reducción de su clítoris, fue creciendo con un apego significativo hacia la masculinidad. Luego de que la Corte de Apelaciones considerara que no existía responsabilidad del equipo médico ni de los oficiales encargados de la custodia del menor M.C. al haber tomado una decisión sobre un área “gris” en materia médica, actuando conforme el protocolo vigente y conocido de medicalización; desestimó las pretensiones de la parte actora sin embargo, el tribunal dejó por sentado que a pesar de la decisión asumida en nada se desprecia la naturaleza ni gravedad del daño

137. *Id.*

138. *M.C. v. Amrhein*, No. 13-2178, 2015 WL 310523, at *2, *5 (4th Cir. 26 de enero de 2015).

139. *Id.* en 5-7.

140. *Id.* en 7.

padecido por el menor.¹⁴¹

V. CONCLUSIONES

La cuestión intersex de manera paulatina va trasladándose del ámbito meramente clínico, al terreno de los derechos. A pesar de la intensidad de los debates sobre qué condiciones constituyen un estado intersexual, si su manejo debe ser clínico o no, inclusive qué debe considerarse propiamente bajo el término *intersexualidad*; lo cierto es que es un asunto de derechos humanos puesto que la dignidad, la autonomía—sexual, corporal, reproductiva, de género—y el derecho a la información entre otros, se encuentran en juego. Sus reclamos que resultan similares al movimiento por los derechos de la discapacidad abogan en últimas porque se les reconozcan al igual que éstos, como *verdaderos sujetos tenedores de derechos*.

Entre las complejidades a las que se afronta este colectivo, no sólo se encuentran aquellas que implican un giro radical de mentalidad tratándose de la relación paternalista que sostienen con los prestadores médicos; sino un cuestionamiento directo a figuras jurídicas tradicionales como las de incapacidad relativa en la minoría de edad, o de consentimiento informado pensado tradicionalmente como una facultad propia de adultos capaces y conscientes. Su reto más grande, no obstante, se halla representado en las manifestaciones culturales que orientan el eje dicotómico del sistema sexo-género en el que sus corporeidades diversas no son admitidas, no encajan.

Pensar la intersexualidad al interior de la violencia de género también trae consigo múltiples tareas. La primera y más importante, tornar su foco de atención sobre sí dada su vinculación exclusiva sobre la violencia mujer-centrada u orientada al colectivo LGBT que en ocasiones y de manera deliberada, integra la “i” como sigla mas no como asunto prioritario de su agenda.

Pero además, visualizar los intereses del colectivo intersexual a través de los lentes de los Derechos Humanos demanda en quien asuma esa tarea, escuchar las vivencias y relatos de los sujetos que reclaman por la privación del dominio de sus cuerpos, pues la

141. *Id.* en 16 (“In concluding that these officials did not have fair warning, we do not mean to diminish the severe harm that M.C. claims to have suffered.”).

verificación del daño no sólo es una categoría jurídica que permite configurar la responsabilidad civil—personal y de los Estados—sino que es ante todo un instrumento de concientización de aquellos otros que todavía ignoran la presencia de estas personas al interior de las sociedades latinoamericanas y del mundo.

En términos del derecho todavía queda mucho por comprender y estudiar: ¿cuál debe ser la responsabilidad de los prestadores médicos y de los Estados que permiten la realización de los protocolos de normalización que constituyen práctica aceptada, pero que aun así no dejan de producir un daño significativo e irreparable sobre la humanidad del paciente?, ¿cuáles deben ser los límites entre la medicina y el derecho que delega al ámbito médico la definición de un único y verdadero sexo?, ¿en qué punto la medicina deja de asumir su labor de curación o mejoría de la salud, para asumir la tarea de normalización?, ¿garantiza el consentimiento informado el derecho a decidir del menor cuando le permite autorizar un procedimiento sobre su propio cuerpo, cuyos efectos a largo no resultan ser de manera alguna benéficos?

Pero también ¿cuál debe ser el papel del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en la defensa y visibilización de corporeidades que, al interior de los sistemas legislativos nacionales de los Estados Americanos obligan a definir al sujeto en términos de machos y hembras?, ¿debería la CIDH o la CtIDH categorizar a los protocolos de normalización como verdaderos crímenes de lesa humanidad, cuya naturaleza sistemática afecta a un grupo determinado de la población con base en la diversidad no normativa de sus cuerpos? Las preguntas son múltiples y las respuestas todavía escasean.