

Universidad Nacional
Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Posgrado Profesional en Bioética

'El Manantial de Salmacis
Una Aproximación Bioética y de Derechos
Humanos a la Interssexualidad en Costa Rica'

Trabajo Final de Investigación Aplicada sometido
a la consideración de la Comisión del Programa
de Estudios de Posgrado Interuniversitario
de Bioética, para optar al grado y título de
Magister en Bioética

José Joaquín Alvarado Acuña

616.694
A327m

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

2015

Signatura Código de barras



Devuelva este libro en la última
fecha indicada

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL

01 SET. 2016

DEVOLVER EL:
RECIBIDO

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL

15 OCT. 2016

DEVOLVER EL:
RECIBIDO

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL

29 OCT. 2016

DEVOLVER EL:
RECIBIDO

**UNIVERSIDAD NACIONAL
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO PROFESIONAL EN BIOÉTICA**

**“EL MANANTIAL DE SÁLMACIS
UNA APROXIMACIÓN BIOÉTICA Y DE DERECHOS HUMANOS
A LA INTERSEXUALIDAD EN COSTA RICA”**

**Trabajo Final de Investigación Aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado Interuniversitario de
Bioética, para optar al grado y título de Magister en Bioética**

JOSÉ JOAQUÍN ALVARADO ACUÑA

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

2015

Dedicatoria

Al Gran Yo Soy, quien ha nutrido mi vida de oportunidades inagotables y de milagros de vida maravillosos.

A mi paciente y amorosa esposa, Luz de mi vida e inspiración diaria, fortaleza y apoyo...

A mis hijos, quienes en momentos difíciles y momentos de alegría me han nutrido como padres y hermanos y seres maravillosos.

A Ricardo Reyes por haberme permitido a través de sus libros y conferencias orientarme y utilizarlos constructivamente.

A Ricardo, Modesto por haberme abierto las puertas del mundo universitario de Ciencias Sociales (UPEL) para realizar mi práctica profesional y por todas sus enseñanzas, serenos y clarificadas.

A Xena Pacheco, maestra Profesora, Maestra que con su paciencia y entrega me ha enseñado a través de su ejemplo y palabras a ser un profesional de bien.

A todos quienes ayudaron con sus consejos, consejos y recomendaciones en el camino de arriba que he ido para la consecución de esta investigación.

Agradecimiento

A Ana Rodríguez Allen por creer en mí, por sus consejos oportunos, su espíritu de colaboración, su compromiso profesional para con la maestría y conmigo, y por su confianza y apoyo.

A Mario Solís Umaña y a Sussy Arias Hernández por su gran disposición e incondicionalidad en momentos difíciles y apremiantes, por sus enseñanzas y por su gran ejemplo como profesores, profesionales y seres humanos.


A Roxana Reyes por dedicar su tiempo a repasar mis letras y hacerme comentarios y críticas constructivas.

A Rosemary Madden por haberme abierto las puertas del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) para realizar mi pasantía profesional y por todas sus enseñanzas, cariño y dedicación.

A Xenia Pacheco, insigne Profesora, Maestra, que con su pasión y entrega inspiró largas horas de estudio, sacrificio y esfuerzo para llevar a buen término este trabajo.

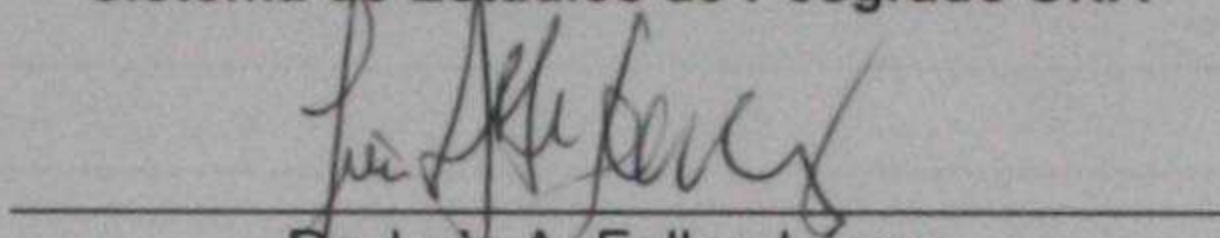
A todos cuantos aportaron con sus opiniones, consejos y recomendaciones, un grano de arena que sumó para la elaboración de esta investigación.

"Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado Interuniversitario en Bioética de la Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica, para optar al grado y título de Magister en Bioética"



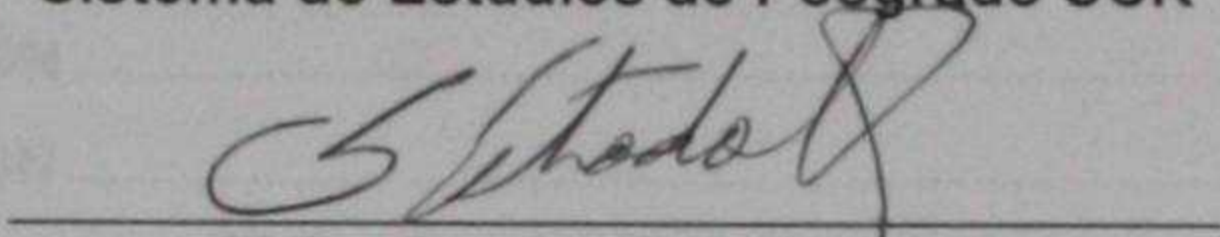
Dra. Marta Avila Aguilar
Presidenta

Sistema de Estudios de Posgrado UNA



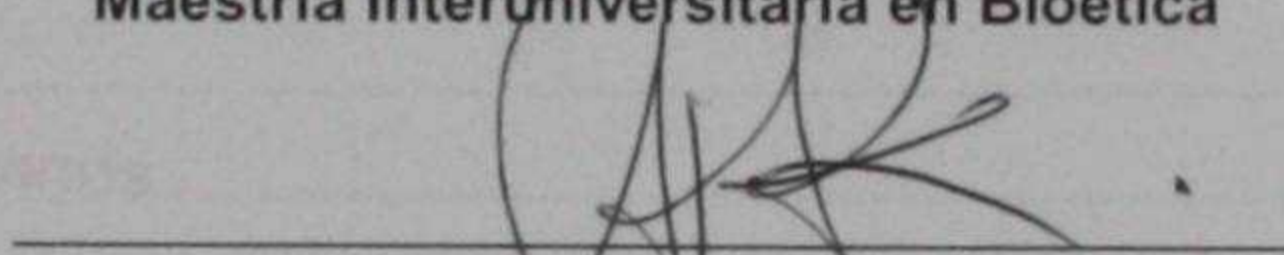
Dr. Luis A. Fallas Lopez
Representante

Sistema de Estudios de Posgrado UCR

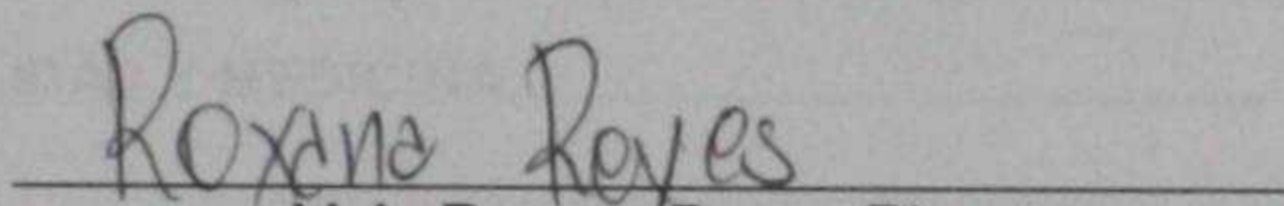


M.Sc. Sandra Estrada König
Coordinadora

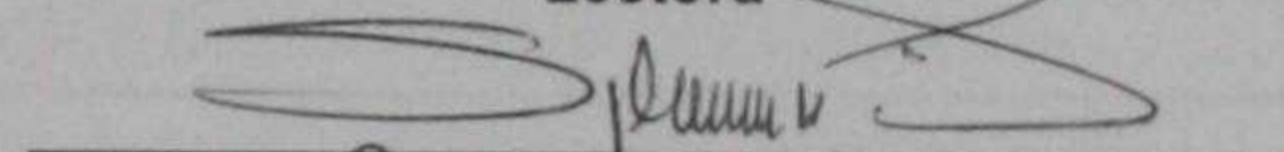
Maestría Interuniversitaria en Bioética



Ph.D. Ana Rodriguez Allen
Profesora Guía



M.A. Roxana Reyes Rivas
Lectora



Mag. Sussy Arias Hernández
Lectora



José Joaquín Alvarado Acuña
Sustentante

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Tabla de contenido.....	v
Descriptores:.....	viii
Resumen.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. ANTECEDENTES.....	9
IV. OBJETIVOS.....	16
a) GENERAL.....	16
b) ESPECÍFICOS.....	16
V. METODOLOGÍA.....	16
1. INTERSEXUALIDAD: Origen y concepto.....	18
2. INTERSEXUALIDAD Y MEDICINA.....	21
“Sintomatología”.....	25
“Clínica”.....	25
“Tratamientos”.....	27
3. SEXO Y GÉNERO.....	29
4. APUNTES SOBRE EL “DISCURSO”.....	34
La lingüística, la terminología y el intersexualismo.....	36
Discurso y Argumentación.....	40
5. LA MEDICALIZACIÓN O PATOLOGIZACIÓN:.....	46
El caso de la Psicología y la Psiquiatría.....	46
El caso de la Farmacología.....	50
El caso de la “Cirugía Reconstructiva”.....	52
6. INTERSEXUALIDAD Y PRINCIPIALISMO:.....	55

El Estudio Tuskegee:	56
La Segunda Guerra Mundial:	57
Las coincidencias:	59
El Principialismo Biomédico:	61
La Teoría de los Derechos Humanos:	63
La Teoría de los Derechos Fundamentales:	64
7. BIOÉTICA, DERECHO E INTERSEXUALIDAD	66
El principio de respeto a la autonomía:	68
El consentimiento informado:	70
El principio de No Maleficencia:	73
El principio de Beneficencia:	76
El principio de Justicia:	78
El Derecho Constitucional y los Derechos Humanos	80
La relación entre los Derechos Humanos y la Bioética: El Bioderecho.....	86
8. LA INTERSEXUALIDAD: CAPÍTULO COSTA RICA	91
Sobre el abordaje Bioético y las guías de atención.....	94
Sobre la incidencia de casos y clasificación estadística	95
Marco Jurídico aplicable.....	96
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	96
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.....	98
Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989).....	104
Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959)	107
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) (OEA, 1969).....	107
Constitución Política de Costa Rica (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2015)	109
Reglamento del Registro del Estado Civil (Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica, Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011, 2011)	111
Código de Nüremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos 20 de agosto de 1947.....	112
Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2015)	113
Informe Belmont (Observatorio de Bioética y Derecho, 2015).....	114

Código de Ética Médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Código de Ética Médica Decreto Ejecutivo número 35332-S, 2009).....	117
9. UNA PROPUESTA ALTERNATIVA A LA MEDICALIZACIÓN	120
Concepto ¿políticamente correcto?.....	120
Síntesis y propuesta	123
10. DERECHO, LEY E INTERSEXUALIDAD: UN TEMA APARTE	132
VI. CONCLUSIONES:	143
Bibliografía.....	154
ANEXOS.....	167
NOTAS.....	176

Descriptores:

Intersexualidad, vulnerabilidad, autonomía, consentimiento informado, Bioderecho, derechos humanos.

Resumen

El problema medular de esta investigación nace de la preocupación por la inexistencia de información y de protocolos de atención médica para las personas intersexuales, especialmente los menores de edad o recién nacidos, su invisibilización social, los estigmas que pesan sobre ellos y la medicalización o patologización de los individuos intersexuales, produciéndose de ese modo su cosificación y deshumanización.

El objetivo de este trabajo es determinar si se ha omitido la creación de protocolos de atención bioética de las poblaciones intersexuales, y por tanto si existe la necesidad de su creación. Lo cual requiere valorar bioéticamente y desde los Derechos Humanos, los procedimientos médicos que se utilizan en la atención de estas personas, así como las legislación pertinente.

Se optó por la metodología cualitativa en razón de la temática específica a desarrollar, la cual ameritaba la revisión documental extensiva y exhaustiva, con miras a responder desde la Bioética, el Bioderecho y el Derecho de los Derechos Humanos, las incógnitas surgidas sobre la intersexualidad y su tratamiento y abordaje en Costa Rica.

I. INTRODUCCIÓN

En reiteradas oportunidades durante el curso de mi vida, me he cuestionado sobre diversas situaciones que viven y sufren algunos individuos o poblaciones, y sobre las posibles razones para que la sociedad, la cultura, la política o la religión, entre otros, descarguen toda la fuerza de su poder o posición sobre estos individuos o grupos que en nada difieren de ellos mismos en tanto seres humanos, y quizás hasta puedan ser ética y moralmente, mejores individuos que quienes les han flagelado o discriminado por años, décadas o siglos.

En esa búsqueda de una verdad, quizás no la única ni la última, me he cuestionado sobre las estructuras del poder, su posicionamiento, influencia, manifestación, y discurso, las falacias ocultas para fundamentar las posiciones, la lingüística utilizada para perpetuar el trato cruel, degradante y discriminante por parte de las sociedades, culturas y pueblos, y la masificación de las reacciones populares ante llamados a oposiciones civiles y "guerras santas" que nos libren de lo que disfrazan de "amenaza" a la humanidad.

Estudié el fenómeno discriminador de las poblaciones negras en los Estados Unidos, el de las mujeres en ese mismo país e incluso en Costa Rica, la situación de las personas con capacidades especiales, la de los niños trabajadores, las mujeres embarazadas, los ancianos y los menores abandonados, así como las poblaciones que se han denominado "diversas sexualmente".

Encontré en todos los casos altos grados de coincidencia en elementos culturales, sociales, políticos, económicos que incidían sobre la imposibilidad de acceso de estas poblaciones a aspectos vitales de la vida humana cuyo disfrute, cultural, social y políticamente estaba depositado en manos de solamente algunos, quienes los resguardaron celosamente para sí, como si todos los demás fueran distintos, y por ello, desiguales.

A ese punto me cuestioné nuevamente sobre el sentido del concepto "Ser Humano", y por más que me esforcé para encontrar alguna razón para establecer tales diferencias desde el *ius* naturalismo, el *ius* positivismo, la ética o la moral, no pude hallar el fundamento de la discriminación que estas poblaciones, cíclicamente, han sufrido.

Me explico brevemente: existe tanta diversidad en "Lo Humano", tantos matices que nutren y surgen de esa condición, que entender por qué todo ello debe contenerse con presión política, social, cultural, económica y religiosa, es difícil.

Lo es, aún más, cuando surge el cuestionamiento sobre el por qué, a toda esa diversidad de "Lo Humano" (producto de la cultura, la sociedad, lo moral, lo político), se le permite manifestarse en dos únicas formas: masculino o femenino.

De ahí que aquellos humanos que sean diversos dentro de todo "Lo Humano", y que por alguna razón lograron filtrarse y manifestarse diversos a lo único aceptado, serán considerados "anormales", pues no pueden catalogarse dentro de la norma, y por ende debe corregirse por cualquier medio posible. Aquí entra de nuevo el poder y la presión.

Entre estas manifestaciones de "Lo Humano" encontramos a las personas intersexuales, a quienes a lo largo de la historia se les ha denominado de distintas maneras: hermafroditas, "freaks" (monstruos en inglés), indefinidos, intersexuales; y a su duplicidad genital se le ha denominado recientemente como "desórdenes del desarrollo sexual" (DSD por sus siglas en inglés).

Estas personas han sido invisibilizadas en las sociedades, nadie habla de ellas o sobre ellas, mucho menos se habla sobre sus derechos como individuos autónomos, libres e independientes, capaces de decidir por sí mismas su propia identidad, y lamentablemente se les trata como enfermos, como personas a quienes necesariamente se les debe intervenir para "corregir su defecto"; considerando su condición como "un trastorno o desorden producto de

desequilibrios enzimáticos que debe normalizarse”, o “ambigüedad genital que debe definirse”, entre muchos otros.

Esto abre nuevos cuestionamientos: el primero es sobre lo que he llamado “el discurso normalizador”; el segundo, sobre lo que se ha denominado “la identidad”, luego lo que se ha denominado “la identidad sexual” y “la identidad de género”; el tercero, lo que se ha etiquetado como “la ambigüedad” y la “ambigüedad genital”; otro más, el concepto de “la igualdad”, y finalmente lo que he llamado “la esencia”.

Una mejor definición y el uso adecuado de este vocabulario permitirán romper lingüísticamente con lo que el discurso del poder, desde la cultura, la sociedad y la política han establecido como parámetros de normalidad y anormalidad. En palabras de Berger y Luckmann “(...) *el lenguaje marca las coordenadas de mi vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos*” (Berger L. & Luckmann, 2001), razón por la cual una modificación en el lenguaje impactará el discurso sobre la realidad consciente que conozco, vivo y experimento, y puede modificarla y acercarla a un equilibrio entre el Yo y los Otros, en esa realidad múltiple interactiva.

De ahí que, desde este momento hago la aclaración que las referencias y terminología médicas que se incluyan en este trabajo, son absolutamente ilustrativas del uso inadecuado de los vocablos, y expuestas con miras a evidenciar aspectos propios de un discurso que perpetúa la vulneración de estas poblaciones.

También aclaro que no estoy de acuerdo con el uso de las palabras que médicamente se han venido utilizando para referirse a las personas intersexuales, por lo que las citas sobre aspectos médicos relacionados con estas personas no son formas aceptadas por mí, y las condeno y rechazo enfáticamente.

Aclarado lo anterior y continuando con la temática, he de indicar que poco se ha dicho sobre "Intersexualidad" en nuestro país pero, en Latinoamérica, actualmente, ha tomado los titulares periodísticos, en virtud de una tendencia mundial a cambiar el paradigma existente, el cual es mandatorio de que la asignación del sexo legal debe hacerse a partir de la genitalidad.

El cambio radica en el enfoque del tema: pasar de lo que conceptualmente se ha estandarizado como "sexo legal" basado en la exterioridad, en la apariencia física de los órganos sexuales del individuo, su genitalidad; a una fijación autónoma -por parte del individuo- del sexo genotípico, aquél con el que esa persona, y solamente esa persona, se identifica, su íntima identidad de género.

Esto involucra varios cuestionamientos: En el caso, ¿quién decide el sexo legal?, ¿Los progenitores o la persona intersexual?; si han de ser los progenitores, ¿a partir de qué deciden, con base en qué evidencia?; una vez tomada la decisión, ¿es la cirugía de reasignación sexual la indicada?, ¿Es indispensable su realización?, ¿existe un protocolo bioético para abordar la situación?; finalmente, ¿existe un marco normativo adecuado para fundar y soportar tales decisiones?

Para perfilar un poco estos cuestionamientos, que desde el título de este documento se generan, hay aspectos que deben aclararse *ab initio*: intersexualidad y ambigüedad de género, no es lo mismo; por ende, no puede hablarse de ambas cual si significaran la misma cosa. Tampoco lo que se ha denominado "ambigüedad genital" se corresponde con los conceptos anteriores.

La intersexualidad ha sido relacionada con la apariencia externa del aparato genitourinario, otrora conceptualizada como hermafroditismo, pues hace referencia al poema de Ovidio, "**Metamorfosis**", donde se narra el tránsito del hijo varón de Hermes y Afrodita al surgimiento de un ser que, luego de unirse sexualmente con una Náyade, sintetizó en sí mismo ambos sexos, y cuyo nombre finalmente fue Hermafrodito.

La Medicina, así como los médicos y médicas, han utilizado el término o connotación de "Hermafrodita", para referirse a aquellas personas que, por haber nacido con apariencia de duplicidad en sus genitales -externos, internos o ambos-, requieren –desde esa posición médica- un procedimiento "correctivo de su sexo físico". Este discurso médico ha sido utilizado históricamente para convencer a los progenitores, y luego para discriminar, ocultar, e incluso, convertir a tales personas en seres anormales, de circo y en objetos de experimentación médica (clínica, quirúrgica y psiquiátrica).

Dichosamente este término fue superado por el concepto de "intersexual", lo que ha modificado un poco –más no lo suficiente-, el enfoque médico, social y cultural respecto a estas personas, moderando los niveles de discriminación a que eran sometidos con anterioridad, pero no eliminándolos del todo.

Por otra parte, lo que se ha denominado "ambigüedad de género" es un concepto complejo que ha tomado matices políticos y que no se ha apartado aún, como tampoco lo ha hecho el tradicional término "identidad de género", del binarismo sexual.

Es complejo en tanto mezcla varios conceptos que típicamente han sido objeto de una comprensividad generalizada supuesta, no dogmática, lo que ha permitido su uso indiscriminado.

"Ambigüedad" ha sido entendida como falta de definición; "género" como aquello en correspondencia con lo social y culturalmente dispuesto en el sistema binario normalizado (hombre/mujer); "identidad" como aquello que se conforma con la estructura binaria de la sexualidad, y por ende, del género. He de indicar que al respecto estoy totalmente en desacuerdo.

Para mí, los conceptos de "ambigüedad de género", "ambigüedad genital" e "identidad de género", no son términos solo médicos. No solo refieren a aspectos médicos sino que también connotan aspectos de la íntima subjetividad de las personas, relacionados con su construcción psíquica y la propia concepción de

autonomía y dignidad. No están ligados a una condición visible o física, sino también esencial y existencial.

Así, aunque haya aspectos verificables médicamente como parte de esa visión binaria del sexo o del género, éstos no son absolutamente determinantes para que las personas intersexuales puedan ser asignadas como pertenecientes a un género u otro.

Por ello, para mí no es correcto hablar de ambigüedad ni de indefinición, sino de duplicidad o de unidad. El pertenecer a un género o al otro a partir de su identidad (subjetividad), debe ser una decisión autónoma del individuo, en su entorno y contexto, sin intervención alguna, y a partir de su libertad y proyecto de vida.

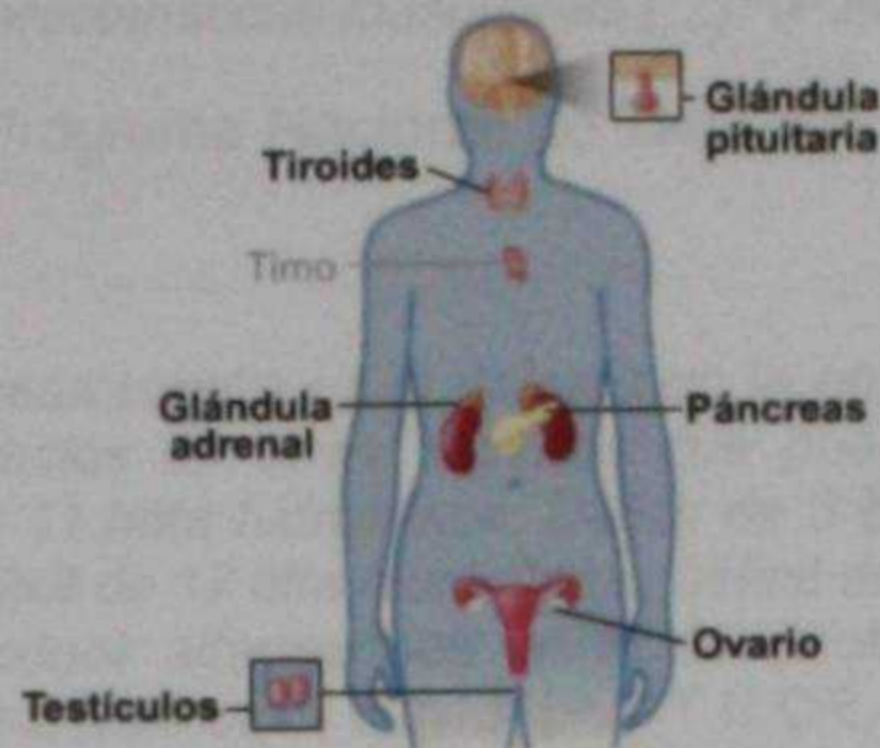
II. JUSTIFICACIÓN

Los avances científicos y los estudios epidemiológicos, así como la investigación médica, han podido determinar coincidencias entre la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) y la Intersexualidad.

La prueba del tamizaje neonatal permite detectar 24 enfermedades que médicamente se clasifican en: Defectos en el Sistema Endocrino; Defectos del Metabolismo y Hemoglobinopatías.

El sistema endocrino está compuesto por la glándula adrenal, la glándula pituitaria, el ovario, páncreas, testículos y tiroides (ver figura 1) (MEDLINEPLUS, 2014).

(Figura 1) Sistema Endocrino



Fuente: <http://dcs.uqroo.mx/paginas/atlaspediatria/atlas022.html>

Según la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NIH), el sistema endocrino

"(...) incluye ocho glándulas principales distribuidas por todo el cuerpo. Estas glándulas producen hormonas. Las hormonas son mensajeros químicos. Viajan a través del torrente sanguíneo hacia los tejidos y órganos. Las hormonas trabajan lentamente y afectan los procesos corporales desde la cabeza hasta los pies. Entre esos procesos se encuentran: Crecimiento y desarrollo; metabolismo: digestión, eliminación, respiración, circulación sanguínea y mantenimiento de la temperatura corporal; función sexual; reproducción; y estado de ánimo. Si los niveles hormonales están demasiado elevados o disminuidos, es posible que tenga un trastorno hormonal. Las enfermedades hormonales también ocurren si el cuerpo no responde a las hormonas como debería hacerlo (...)". (MEDLINEPLUS, 2014)

La medicina ha denominado "Defectos del Sistema Endocrino", al

"(...) funcionamiento inadecuado de alguna de estas glándulas puede provocar trastornos ya sean físicos o mentales, dependiendo de cuál sea la glándula que no funciona correctamente. El Tamizaje Neonatal permite detectar, entre otras, las siguientes enfermedades: Hipotiroidismo Congénito e Hiperplasia Suprarrenal Congénita (...)" (P.N.T.N.CR, 2014).

Según este sitio oficial, entre otra literatura médica, en esta última categoría médica de enfermedad,

"(...) los bebés que padecen esta afección carecen de una enzima requerida por la glándula suprarrenal para producir las hormonas cortisol y

aldosterona. Sin estas hormonas, el cuerpo produce más andrógenos, un tipo de hormona sexual masculina, lo cual ocasiona la aparición temprana (o inapropiada) de características masculinas (...) (P.N.T.N.CR, 2014).

Indica este sitio del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal de Costa Rica que

"(...) (l)a causa más común es el defecto en la enzima 21-hidroxilasa, aunque existen defectos en otras enzimas que pueden ocasionar esta condición: Déficit de 11 beta hidroxilasa; Déficit de 3 beta hidroxisteroide deshidrogenasa, Déficit de 17 alfa hidroxilasa, Déficit de la proteína StAR, y éstas a su vez, producir alteraciones en el desarrollo físico del menor, algunas no tan graves, pero otras sí (...)" (P.N.T.N.CR, 2014).

En el caso de las niñas,

"(...) generalmente tienen órganos reproductores femeninos internos normales (ovarios, útero y trompas de falopio), pero pueden presentar los siguientes cambios externos: períodos menstruales anormales, genitales de apariencia tanto femenina como masculina (genitales ambiguos) que a menudo lucen más masculinos que femeninos; voz grave; aparición temprana de vello púbico y axilar; crecimiento excesivo de cabello y vello facial; e incapacidad para menstruar (...)" (P.N.T.N.CR, 2014).

De acuerdo con la información de esta página,

"(...) (l)os niños no tendrán problemas obvios al nacer, sin embargo, parecen llegar a la pubertad a tan sólo los dos o tres años de edad" (P.N.T.N.CR, 2014). Acto seguido indica que "Los cambios pueden abarcar: voz grave; aparición temprana de vello púbico y axilar; desarrollo precoz de características masculinas; pene agrandado; testículos pequeños; y músculos bien desarrollados (...)" (P.N.T.N.CR, 2014).

En un estudio realizado en el Hospital Nacional de Niños, denominado **"Frecuencia de las Malformaciones Congénitas en las Autopsias del Hospital Nacional de Niños (1974-1981)"**, se pudo determinar que:

"(...) En el período de 1974 a 1981 (cuadro 1), hubo 3.744 fallecimientos (468 por año en promedio). (...) Se hizo autopsia en 1.272 casos, lo cual representa un 34 por ciento; en éstas, se encontraron anomalías congénitas en 464, o sea en el 36.48 por ciento; (...). De acuerdo al sistema afectado por la lesión principal (cuadro 2), las cardiopatías congénitas ocuparon el primer lugar, con un 44 por ciento. Hubo un segundo grupo de malformaciones frecuentes, constituido por las malformaciones múltiples y del aparato digestivo; un tercer grupo, que puede considerarse como moderadamente frecuente es el de malformaciones del sistema nervioso, aparato genito-urinario y respiratorio. Finalmente, las anomalías del sistema

locomotor, endocrino y otras, fueron poco frecuentes en las autopsias (...)
(Pacheco de Arauz, Piza Escalante, Arauz Pacheco, & Fallas F, 1984).

Esta es una de las pocas estadísticas encontradas, pero suficiente para estimar que en un período de siete años (1974-1981) y con una tasa ascendente de nacimientos, en promedio se presentaron 6 casos por año de todos los niños nacidos muertos que, con Hiperplasia Suprarrenal Congénita, reportaron –desde el criterio médico- “malformaciones en el aparato genitourinario” clasificables como intersexualidad.

“Epidemiológicamente” se ha logrado establecer una media aproximada de incidencia de esta condición en el mundo de 1-2:2.000 individuos nacidos vivos (Wilchins, 2001).

En Costa Rica, según un artículo publicado por Silvia Castillo Nieto, en la Revista Dominical del periódico La Nación el 23 de noviembre de 1997,

“(...) Costa Rica ocupa el tercer puesto en el mundo en la incidencia de hiperplasia suprarrenal congénita (...). Las estadísticas demuestran que uno de cada 4.000 nacidos vivos en el país presenta, de forma menos o más severa, ambigüedad sexual al momento de nacer. El primer lugar le corresponde a una población de esquimales en Alaska y el segundo, a la isla La Reunión, una colonia francesa. En Costa Rica, existen zonas donde la incidencia es más marcada como Grecia, Sarchí, Orotina y las faldas del volcán Poás. Por su parte, Limón es la provincia con menos casos registrados de hiperplasia suprarrenal (...).” (Castillo Nieto, 1997)

III. ANTECEDENTES

El tratamiento médico prescrito para los efectos más graves de esta denominada “disfunción orgánica” (HSC) tiene como objetivo clínico “normalizar” los niveles hormonales, lo cual se hace prescribiendo la toma diaria de una forma de cortisol (dexametasona, fludrocortisona o hidrocortisona).

Estudios recientes de farmacología han abordado la temática del tratamiento de la enfermedad con corticoides y respecto a los efectos secundarios de la sobre exposición de los mismos, los cuales han arrojado la presencia de enfermedades sobrevinientes en los individuos estudiados, tanto en los fetos como en las

madres. Además, se ha experimentado los efectos de estas sustancias (corticoides) en mujeres con el padecimiento durante el embarazo con miras a prevenir la presencia de la enfermedad en el *nasciturus*, lo que igualmente ha generado diversos resultados de alteraciones en "el producto" y en la madre:

"Efectos adversos: Sobre el niño: asociación dudosa con bajo peso de nacimiento. Estudios en animales sugieren alteraciones de la sustancia blanca e hipocampo. Datos recientes sugieren deterioro de la memoria verbal y en la autopercepción derivada de éste déficit. Pendiente estudios a largo plazo. Sobre la madre: 10%-30% de las pacientes presentan efectos adversos, entre los cuales están el edema, la hipertensión, el síndrome de Cushing y el aumento de las complicaciones de comorbilidades previas como diabetes e HTA (...)" (Merino, y otros, 2007). (Universidad de Costa Rica, 2011)

Empero, la situación descrita abarca, especialmente, aquellos casos en que no estamos en presencia de lo que se ha llamado por la medicina, "*ambigüedad genital*" o "*hermafroditismo*".

En estos casos, el tratamiento prescrito primariamente es la "cirugía correctiva" o de "reasignación de sexo fenotípico". Esto se logra a partir de una serie de exámenes de laboratorio, como el cariotipo y otras pruebas hormonales, para luego establecer con urgencia (entre menor sea la edad de la persona intersexual mejor), y a partir de un criterio médico, el sexo fisiológico del menor y proceder a la "intervención quirúrgica", claro está, con el consentimiento de los progenitores (I.S.N.A. Intersex Society of North America, 2014).¹

Posteriormente, se debe iniciar una serie de "tratamientos" con corticoides y otros medicamentos, sin perjuicio de otras "cirugías secundarias en el aparato genitourinario" para -según el médico- "corregir" situaciones presentes en la "primera intervención", y otros "tratamientos" relacionados con los cambios físicos y hormonales que se producen con el desarrollo de la persona menor de edad, con miras a lograr el "objetivo clínico": la "corrección de la ambigüedad". Aquí el "tratamiento" medicamentoso es supletorio a la "cirugía" (I.S.N.A. Intersex Society of North America, 2014).²

De lo dicho hasta ahora, se deducen dos cosas: primero, que la HSC tiene altos niveles de prevalencia y de incidencia en el país, somos el tercer puesto en incidencia de la enfermedad.

Si la población nacional asciende a 4,301.712 personasⁱⁱⁱ, y la media de personas intersexuales es de 1-2:2.000 personas, cerca de 4.302 personas pueden nacer o nacen intersexuales en Costa Rica, sea un 0.1% de la población.

Segundo, que aunque porcentualmente parezca una cifra muy baja, la presencia de esta condición en la población requiere atención, no solo por los casos de "HSC con virilización o feminización" en neonatos, sino porque siendo hereditaria, la incidencia de casos puede crecer exponencialmente desde los progenitores que porten la HSC sin saberlo, se casen y reproduzcan; y sin que haya indicadores favorables -en la relación riesgo beneficio-, para el "tratamiento prenatal con corticoides", lo que remarca la importancia actual del tema.

No obstante lo anterior, en la literatura –curiosamente- apenas se ubica estadística relativa a los casos de intersexualidad en Costa Rica en el Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Proyección de Servicios de Salud; y sobre su tratamiento, según Carmen Di Mare Hering, Jefe del Área de Bioética del CENDEISS de la Caja Costarricense de Seguro Social, no existe –institucionalmente- guía de tratamiento alguna.

Puede ser porque las decisiones en torno a este médicamente denominado "*trastorno físico de orden genético*", se toman por parte de los progenitores a edades muy tempranas de los individuos que nacen con duplicidad genital, lo que implica una suerte de invisibilización de estas poblaciones como un mal entendido "mecanismo de protección" en beneficio del menor y de su futura vida.

Quizá la intervención del médico en la "reasignación" del sexo genital o físico, producto de un discurso basado en una visión binaria del sexo, heteronormativo, hegemónico y normalizador, con autoridad suficiente para imponerse a los

progenitores y a los pacientes, incida en la decisión de los primeros sobre su prole.

En ambos casos nos encontramos con un problema ético, y más bien, bioético que involucra la violación de al menos tres de sus principios.

Estimo partir de la siguiente aseveración al respecto, sin perjuicio de que el desarrollo de la investigación se decante en otro sentido: El individuo intersexual es una persona autónoma, con la única distinción de los demás, que su proceso cromosómico y hormonal se completó de forma distinta. Esto no autoriza a nadie a tomar decisiones tempranas en sustitución de su propia voluntad y resta autoridad a cualquier otra persona para definir de manera independiente su identidad de género, y a partir de ello, su identidad sexual.

Otro aspecto es el relacionado con el "proceso quirúrgico". Las "operaciones reconstructivas" o de "reasignación de sexo" son sumamente invasivas, e incluso, en muchos casos pueden resultar traumáticas para el individuo. (Ver figura 2) (Alemán Ramírez, y otros, 2013)

(FIGURA 2) VAGINOPLASTÍA^{IV}

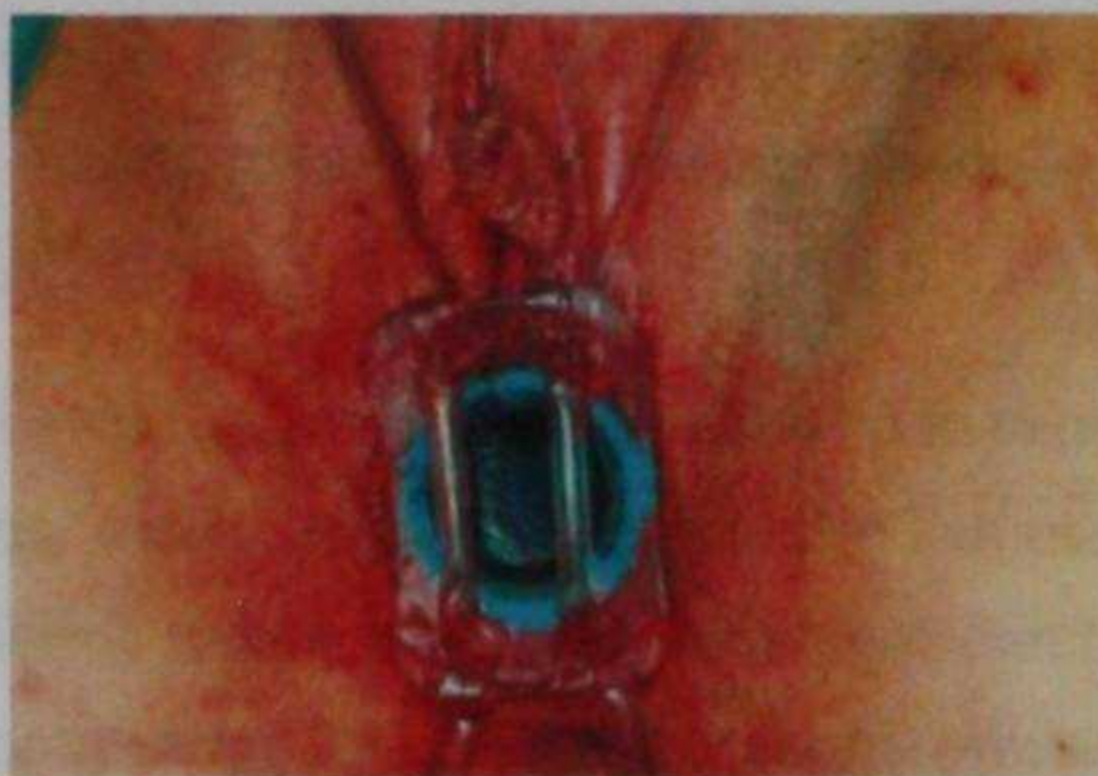


Fuente: <http://dcs.uqroo.mx/paginas/atlaspediatria/atlas022.html>

Lo anterior, sin contar el hecho de que pueden requerirse otras "cirugías" posteriores y prácticas o "tratamientos" adicionales para lograr el objetivo; por ejemplo, en caso de "estenosis post operatoria", la introducción de expansores o stents en el canal vaginal reconstruido que mide 3 cm. de diámetro y 12 cm. de

longitud, y el cual se engrapa durante la cirugía y se moviliza cada tres meses, proceso que toma un año. Éste sería necesario para lograr los niveles de elasticidad “naturales” esperados por el médico. (Ver figura 3) (Alemán Ramírez, y otros, 2013)

(Figura 3) Stent vaginal post-operatorio



Fuente: (Coskun et al., 2007) citado en (Alemán Ramírez, y otros, 2013)

Al respecto, quisiera partir de la premisa de que: Ni la opinión del médico ni la de los padres puede suplir la del menor intersexual intervenido, pues las consecuencias de una cirugía practicada, de por sí invasiva, que no se corresponda luego con la identidad de género del individuo adolescente o adulto, solamente acarreará graves consecuencias al sujeto intervenido.

Tal vez el problema más tangible, o el mito más común, lo constituye el aspecto psicológico, que supuestamente afecta tanto a los progenitores como a los individuos intersexuales. (Spinola-Castro, 2005)

La creencia más generalizada es que los progenitores pueden sufrir muchísimo en caso de procrear un niño o niña intersexual por la incertidumbre de no saber cómo tratarle hasta su elección de género, lo que incidiría en la formación inicial de la persona menor de edad en su interacción social con otros menores y la sociedad en general, lo que impulsa a los progenitores a tomar la decisión de someterles a cirugía. Además, priva la opinión -igualmente

generalizada- de que, con miras a evitarle a la persona menor de edad problemas de adaptación y aceptación social, lo mejor es tomar las decisiones por ella a temprana edad. (Spinola-Castro, 2005)

Los efectos a largo plazo de un sexo o género reasignado por voluntades sustitutas, tiene graves implicaciones a nivel de identidad civil, logros educativos y profesionales, proyectos de vida y desarrollo social en caso de que el reasignado, ya adulto, decida conforme a su íntima convicción, que su género es otro. (Spinola-Castro, 2005)

Muchos de los casos documentados han manifestado el grave problema que ha resultado para ellos, luego de una "reasignación temprana de sexo o de género", modificar registros civiles, nombres, sexo legal, certificados educativos, títulos profesionales, entre otros, lo que ha provocado graves dislocaciones en sus vidas al descubrir que su género y sexo reasignados, no corresponden a su identidad cuando adultos, con el agravante de que el Derecho Positivo no tiene respuestas oportunas ni leyes dispuestas para reparar el hecho y sus consecuencias, al menos aún no en Costa Rica.

Aquí el cuestionamiento está relacionado con la protección normativa, internacional y local de estas poblaciones a partir de los Derechos Humanos, el Derecho Positivo y los principios bioéticos. ¿Es suficiente lo que existe al respecto? ¿Debemos transitar a un nuevo desarrollo normativo? ¿Existen protocolos bioéticos relacionados y se respetan? Además, se presenta el dilema ético y legal sobre si se deben tutelar los derechos de los progenitores o del recién nacido.

Aún hay otro aspecto importante a considerar. Movimientos mundiales que luchan por los derechos humanos de las poblaciones diversas han impulsado iniciativas ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que la condición de intersexual sea excluida de la lista de enfermedades.

Este es un aspecto que debe valorarse en el contexto del tema, pues decidir por una u otra posición podría vulnerabilizar aún más a un grupo de personas intersexuales sin capacidad económica para, una vez definido su género, obtener los tratamientos, pues son altamente onerosos. Por otra parte, no hacerlo podría perpetuar la consideración de la intersexualidad como una "patología que debe tratarse".

Igualmente importante es reconocer, adicionalmente, que existen "categorías de disfuncionalidades genitales" en los intersexuales que ameritan ser tratadas médicamente con miras a garantizar su "normal desempeño orgánico" y disfrute de la sexualidad, lo que bien puede "intervenirse quirúrgicamente" sin que ello implique una "reasignación de sexo fenotípico".

Una de las problemáticas que presentó la investigación en este tema es que, en el entorno nacional existe poca información estadística relativa a la intersexualidad, solamente lo relativo a "egresos de pacientes" en Hospitales Nacionales; prácticamente no se han publicado noticias al respecto; no existen documentales nacionales sobre el particular; tampoco estudios científicos nacionales que hablen sobre la temática.

Curiosamente, tampoco existen amplias fuentes científicas sobre las "tasas de prevalencia y de incidencia de la HSC" en Costa Rica, solamente la estadística de casos por Hospital referida ut supra; y mucho menos sobre su vinculación a la intersexualidad. Sobre el particular tengo algunas hipótesis, pero las expondré en el desarrollo del trabajo.

Sí puedo indicar que, internacionalmente, existe un generoso acervo de documentos, artículos, investigaciones, documentales, sentencias de Tribunales Constitucionales, normativa internacional y nacional de otros países, e informaciones periodísticas, que tratan el tema, pero ninguna de ellas se corresponde con el planteamiento y estructura que se esboza en este documento, toda vez que muchas de las fuentes consultadas son específicas en

el tratamiento del tema: Endocrinólogos, Pediatras, Médicos, Psicólogos, Abogados. En cambio, el enfoque transdisciplinario que se propone pretende modificar el "enfoque patológico" de los estados intersexuales, el discurso y el lenguaje utilizado para referirse a estas personas. Además, en el análisis bioético se propondrá un acercamiento al tema con respeto a los derechos, individualidad y autonomía de las personas intersexuales, con miras a fundar un nuevo discurso para resguardar su capacidad de decisión sobre su identidad de género, más allá de la determinación de un sexo legal.

IV. OBJETIVOS

a) GENERAL

El objetivo general es determinar la necesidad de un modelo o protocolo de atención bioética de las personas intersexuales en Costa Rica.

b) ESPECÍFICOS

El proceso de investigación: 1) comprobará que en el país, hasta ahora, la única forma de abordaje de estas poblaciones es la quirúrgica; 2) conocerá la edad promedio en que se producen las decisiones sobre dichas intervenciones; 3) explorará los efectos emocionales o psicológicos producidos por los mecanismos médicos establecidos como práctica normal en estos casos; 4) evidenciará la inexistencia de un protocolo de atención bioética y la necesidad de instituirlo; 5) determinará la necesidad de un marco normativo interno que regule, armoniosamente con el derecho internacional de los Derechos Humanos, la protección integral de estas personas, especialmente en su niñez y adolescencia.

V. METODOLOGÍA

En el aspecto metodológico, se aplicó el método de investigación cualitativa.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos del 1-4, se utilizará el análisis documental.

Para lograr el objetivo específico 5, se utilizará el análisis documental tendente a analizar la normativa legal, constitucional e internacional relacionada con la temática, así como jurisprudencial, e identificar discursos argumentativos y falacias en torno al tiempo y forma de la solución ofrecida a estas poblaciones. Adicionalmente se realizó un ejercicio comparativo documental de la normativa costarricense con la de otros países latinoamericanos que ya han dado el paso a la protección de estas personas, todo con el fin de proponer un marco jurídico respetuoso de los derechos de estas poblaciones, que además sirva de marco referencial para el protocolo de atención.

*"Al nacido dad vuestro de regalos,
padre y también genetriz, que de ambos el nombre tiene,
que quien quiera que a estas fontanas hombre llegara, salga de ahí
semihombre y súbitamente se ablande, tocadas, en las aguas"*

"Metamorfosis" de Ovidio

1. INTERSEXUALIDAD: Origen y concepto.

El libro cuarto del poema romano de Ovidio (43 a.C - 17 d.C.), "**Metamorfosis**", entre los versos 285-388, cuenta la historia de Sálmacis y Hermafrodito (Ovidio, 2014).

Esta bella narración sobre el hijo de Hermes y Afrodita, en honor a quienes luego se le nombró Hermafrodito, y Sálmacis, una bella y seductora náyade de manantial, denota el antecedente escrito más ancestral que documenta la existencia de seres o individuos que, en un mismo cuerpo, compartían las características físicas, específicamente genitales, masculinos y femeninos.

Si de interpretación se trata, podríamos concluir varias cosas de dicho texto de Ovidio. Una de ellas es el reconocimiento de la existencia de personas con estas características desde la antigua Grecia y Roma. Segundo, que el poema narra la transición de un varón a un cuerpo físicamente mixto. Tercero, el reclamo de Sálmacis y del varón transformado en Hermafrodito a sus progenitores, para la aceptación de esta nueva condición y la gratitud con que éstos la aceptan.

Históricamente, no se puede ubicar en aquellas épocas imperiales registros sobre la existencia de personas intersexuales, pero la narración de Ovidio nos coloca en perspectiva al respecto, admitiendo tácitamente la existencia de personas con tales condiciones, y elevándolos a la categoría de seres míticos, de divina composición y de exquisita extrañeza. Modernamente, tampoco es posible ubicar estadísticas en relación con esta condición, pero las

razones distan mucho de aspectos míticos, respondiendo -más bien- a tabúes médicos, sociales o secretismos familiares.

La fascinante historia contenida en el poema ovidiano explica una realidad admitida por los antiguos, pero mitificada.

La mención del hecho que Hermafrodito adquirió su nombre final a partir de una síntesis del nombre de ambos progenies, en la versión griega de la historia, nos evoca modernamente la constitución genética del individuo masculino, y sus dos cromosomas, uno (X) y otro (Y). Luego el relato nos lleva a la feminización del hijo de Mercurio (Hermes) y Citereide (Afrodita), pierde su virilidad, alcanza la flacidez y expone ambos genitales, masculinos y femeninos. Esta nueva condición y apariencia física no es condenada por los progenitores, y –a pesar de su gran poder- no es modificada o corregida por ellos, sino aceptada.

"(...) Así pues, cuando a él las fluentes ondas, adonde hombre había descendido, (380) ve que semihombre lo habían hecho, y que se ablandaron en ellas sus miembros, sus manos tendiendo, pero ya no con voz viril, el Hermafrodito dice: «Al nacido dad vuestro de regalos, padre y también genetriz, que de ambos el nombre tiene, que quien quiera que a estas fontanas hombre llegara, salga de ahí (385) semihombre y súbitamente se ablande, tocadas, en las aguas. «Conmovidos ambos padres, de su nacido biforme válidas las palabras hicieron y con una incierta droga la fontana tiñeron. (...)" (Ovidio, 2014).

Queda claro que para los antiguos la existencia de personas con ambos genitales externos no era extraña, sino reconocida, y a partir del relato ovidiano entró en uso el concepto de "Hermafrodita" para referirse a estas personas.

Este término fue el adoptado médicamente para denominar a individuos genéticamente modificados o distintos, hombres con apariencia o rasgos femeninos en sus genitales, y mujeres virilizadas, sea con rasgos masculinos en sus genitales. El nivel de "virilización" o "feminización" –lenguaje heteronormativo- permitía una clasificación médica entre el "Hermafroditismo (verdadero)" y el "Pseudohermafroditismo".

Actualmente y en razón de que el término "Hermafroditismo" se ha considerado de connotación peyorativa, e incluso, discriminatoria, se ha acuñado modernamente el término "intersexualidad", "Desórdenes del Desarrollo Sexual" ("DSD", por sus siglas en inglés), o mejor, estados intersexuales, para identificar a estas personas.

Aunque éstos son mejores que el primero utilizado, cada uno tiene una connotación que ha generado discusiones importantes a partir de lo que implica y significa uno y otro para esta población, cuestión a la que me referiré más adelante.

2. INTERSEXUALIDAD Y MEDICINA

Médicamente, la intersexualidad se define como *“un grupo de afecciones donde hay una discrepancia entre los genitales internos y externos (los testículos y los ovarios)”* (MEDLINEPLUS, 2014). Además, con miras a evitar algunas confusiones en relación con esta condición, y los estigmas que produce, se ha empezado a migrar al concepto de *“Desórdenes del Desarrollo Sexual”* (“DSD”, por sus siglas en inglés).

La cantidad normal de cromosomas humanos es de 46. Los cromosomas contienen todos los genes y el ADN, los pilares fundamentales del cuerpo. Dos de estos cromosomas, los sexuales, determinan si uno ha de ser hombre o mujer. Las mujeres normalmente tienen dos de los mismos cromosomas sexuales, que se escriben como XX, mientras que los hombres tienen un cromosoma X y un cromosoma Y, que se escriben como XY.

Según el sitio web de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos en conjunto con los Institutos Nacionales de Salud (NIH), conocida como MedlinePlus, la intersexualidad se puede dividir en cuatro categorías: *“Intersexualidad 46, XX”*; *“Intersexualidad 46, XY”*; *“Intersexualidad gonadal verdadera”*; e *“Intersexualidad compleja o indeterminada”*.

En la *“Intersexualidad 46, XX”* (*“46, XX con virilización o pseudohermafroditismo femenino”*):

“(...) la persona tiene los cromosomas de una mujer, los ovarios de una mujer, pero los genitales externos con apariencia masculina. Esto generalmente es el resultado de un feto femenino que ha estado expuesto a hormonas masculinas en exceso antes del nacimiento. Los labios mayores (“labios” o pliegues de la piel de los genitales externos femeninos) se fusionan y el clítoris se agranda para aparecer como un pene. Esta persona generalmente tiene un útero y trompas de Falopio normales.(...)” (MEDLINEPLUS, 2014). (Ver Figura 4)

Figura 4



Fuente: <http://dcs.ugroo.mx/paginas/atlaspediatria/atlas022.html>

Una de las “causas asociadas” a este tipo de intersexualidad, y la más común de todas, es la “Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)”, que

“(...) se refiere a un grupo de trastornos hereditarios de las glándulas suprarrenales, que producen las hormonas cortisol y aldosterona que son esenciales para la vida. Las personas con hiperplasia suprarrenal congénita carecen de una enzima que la glándula suprarrenal necesita para producir las hormonas. Al mismo tiempo, el cuerpo produce más andrógenos, un tipo de hormona sexual masculina, lo cual ocasiona la aparición temprana (o inapropiada) de características masculinas. La hiperplasia suprarrenal congénita puede afectar tanto a los niños como a las niñas. Alrededor de 1 de cada 10,000 a 18,000 niños nacen con esta enfermedad (...)” (MEDLINEPLUS, 2014).

Entre otras “causas”, menos frecuentes, se citan:

“(...) consumo de hormonas masculinas, como la testosterona, por la madre durante el embarazo; tumores productores de hormonas masculinas en la madre, entre los cuales los más comunes son los tumores ováricos, por lo que a las madres que tengan hijos con intersexualidad 46, XX se les debe hacer un chequeo, a menos que haya otra causa clara; deficiencia de aromatasa (enzima que normalmente convierte las hormonas masculinas a hormonas femeninas), que puede no notarse hasta la pubertad, y el exceso de actividad de la aromatasa puede llevar a exceso de estrógenos (hormona femenina), y la escasez de actividad de ésta a intersexualidad 46, XX, por lo que en la pubertad, estos niños XX, que han sido criados como niñas, pueden comenzar a tomar características masculinas (...)” (MEDLINEPLUS, 2014).

En la "Intersexualidad 46, XY" ("46, XY con subvirilización o pseudohermafroditismo masculino") (Ver Figura 5):

"(...) la persona tiene los cromosomas de un hombre, pero los genitales externos no se han formado completamente, son ambiguos o claramente femeninos. Internamente, los testículos pueden ser normales, estar malformados o ausentes. La formación de los genitales masculinos, externos y normales depende del equilibrio apropiado entre las hormonas masculinas y femeninas; por lo tanto, requiere una producción y funcionamiento adecuado de las hormonas masculinas (...)" (MEDLINEPLUS, 2014).

Figura 5



FIGURA 10. Pseudohermafroditismo masculino por defecto en la síntesis de andrógenos. Clitoris hipertrófico. Las gónadas estaban alojadas en los labios mayores.

Fuente: <http://scielo.isciii.es/img/revistas/aue/v31n9/9a12f10.jpg>

Entre las "causas" de este "tipo de pseudohermafroditismo masculino", están: *"problemas con los testículos, que normalmente producen hormonas masculinas pero, si no se forman apropiadamente, esto llevará a subvirilización"* (MEDLINEPLUS, 2014).

Existen muchas causas posibles para esto, entre las que se incluyen:

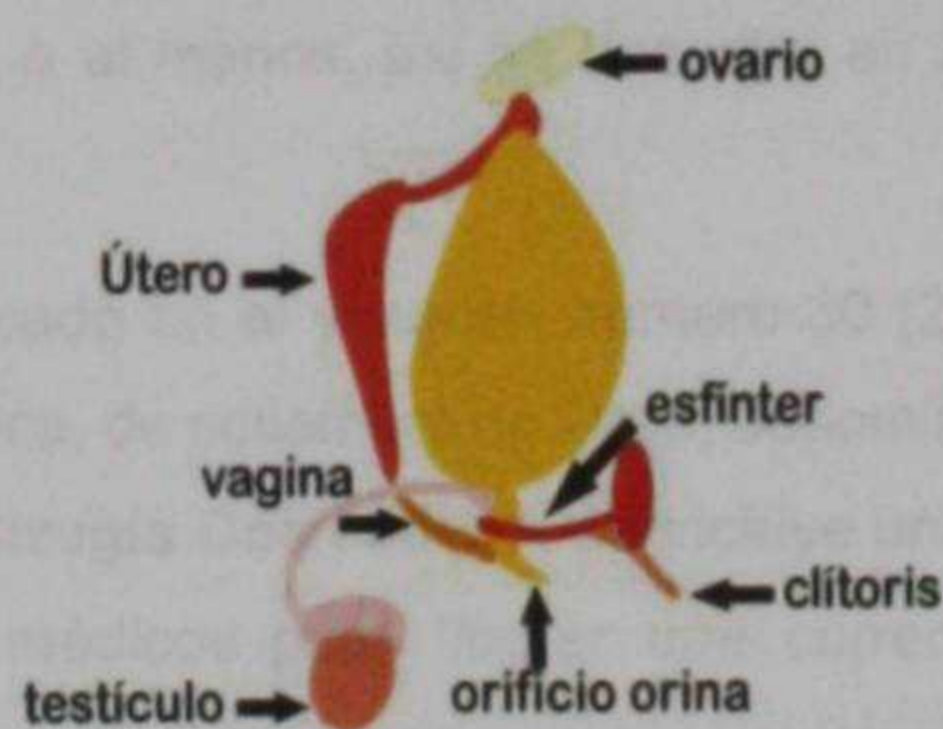
"(...) a) disgenesia gonadal (Síndrome de Turner) pura XY; b) problemas con la formación de testosterona, la cual se forma a través de una serie de pasos donde cada uno requiere una enzima diferente, por lo que las deficiencias en cualquiera de estas enzimas pueden provocar

testosterona inadecuada y producir un síndrome de intersexualidad 46 XY diferente, siendo que tipos diversos de hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) pueden encajar en esta categoría; c) problemas con el uso de testosterona, pues algunas personas tienen testículos anormales, producen cantidades adecuadas de testosterona, pero todavía tienen intersexualidad 46, XY, que incluye: c.1) Deficiencia de 5-alfa-reductasa: las personas con esta deficiencia carecen de la enzima necesaria para convertir la testosterona a deshidrotestosterona (DHT). Existen al menos cinco tipos de deficiencia de 5-alfa-reductasa, y producen que algunos de los bebés tengan genitales masculinos normales, algunos otros genitales femeninos normales, y muchos otros tienen algo de los dos, y la mayoría cambia a genitales masculinos externos alrededor del tiempo de la pubertad; c.2) Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA): es la causa más común de intersexualidad 46, XY; también se ha denominado feminización testicular. Aquí las hormonas son todas normales, pero los receptores para las hormonas masculinas no funcionan apropiadamente; existen más de 150 defectos diferentes identificados hasta ahora, y cada uno causa un tipo diferente de SIA" (el subrayado no es del original) (MEDLINEPLUS, 2014).

En el caso de la "Intersexualidad gonadal verdadera" (solía llamarse "hermafroditismo verdadero"), la persona debe tener tanto tejido ovárico como testicular (Figura 6):

"Esto podría ser en la misma gónada (un ovotestículo) o la persona podría tener un ovario y un testículo. Puede tener cromosomas XX, cromosomas XY o ambos. Los genitales externos pueden ser ambiguos o pueden tener apariencia masculina o femenina. En la mayoría de las personas con intersexualidad gonadal verdadera, la causa subyacente se desconoce, aunque en algunos estudios con animales ha sido vinculada a la exposición a pesticidas comunes para la agricultura" (MEDLINEPLUS, 2014).

Figura 6



Fuente: <http://www.uropediatria.com/images/hermafrodita%20verdadero.jpg>

Finalmente, "los trastornos de intersexualidad compleja o indeterminada del desarrollo sexual". Estos constituyen:

"(...) muchas configuraciones de cromosomas distintos a las combinaciones simples 46, XX o 46, XY pueden ocasionar trastornos del desarrollo sexual y abarcan, entre otros, 45, XO (solamente un cromosoma X), y 47 XXY, 47, XXX: ambos casos tienen un cromosoma sexual adicional, sea un X o un Y. Estos trastornos no ocasionan una condición de intersexualidad donde haya discrepancia entre órganos genitales externos e internos. Sin embargo, puede haber problemas con los niveles de hormonas sexuales, el desarrollo sexual en general y alteración en los números de cromosomas sexuales (...)" (MEDLINEPLUS, 2014).

"Sintomatología":

Los "síntomas" asociados con la intersexualidad dependerán de la "causa subyacente", pero pueden abarcar:

"(...) genitales ambiguos al nacer; Micro pene; Clitoromegalia (un agrandamiento de clitoris); fusión parcial de los labios; testículos aparentemente no descendidos (que pueden resultar ser ovarios) en niños varones; masas labiales o inguinales (ingle), que pueden resultar ser testículos, en las niñas; Hipospadias (la abertura del pene está en un lugar diferente a la punta; en las niñas, la uretra [canal urinario] se abre en la vagina); genitales de apariencia por lo demás inusual al nacer; anomalías electrolíticas; ausencia o retraso de la pubertad; y cambios inesperados en la pubertad (...)" (MEDLINEPLUS, 2014).

"Clínica":

La "determinación inicial de un estado intersexual" no se produce únicamente por medio de la observación del médico. Existe todo un abanico de "pruebas" que se realizan, o al menos, así se describe en la literatura que se revisó.

En un artículo publicado en el volumen número 30 (2), de la Revista de Medicina Legal de Costa Rica, de setiembre de 2013, denominado "**Desórdenes del Desarrollo Sexual y Cirugía Correctiva**", se incluye una explicación sobre algunos de los procesos médicos para "lograr una corrección adecuada de reasignación de sexo", y exalta "la tecnología existente y los diversos mecanismos con que se cuenta", como un plus en lograr "un adecuado y oportuno

diagnóstico con el objetivo de alcanzar lo antes posible la reasignación de sexo más adecuada". (Alemán Ramírez, y otros, 2013)

Al respecto indican:

"Para definir estos estados de intersexualidad se debe considerar que una persona tiene definido su sexo de acuerdo a los componentes cromosómico, gonadal, genital y social ya descritos. Es por esto que los métodos utilizados para determinar el sexo de una persona que cuente con genitales ambiguos son una serie de investigaciones entre las que se encuentran:

- De tipo genéticas: cariotipo*
- De tipo endocrino: pruebas de sangre, orina y ensayos de hormonas.*
- De tipo radiológico: ultrasonidos (pélvicos), ecografía abdomino-pelviana.*
- De exploración: exploración de genitales externos (tamaño del clítoris y pene, separación de los labios mayores, bolsas escrotales, situación del meato urinario, abocamiento vaginal, palpación de las gónadas).*
- De tipo quirúrgicos: laparoscopia y biopsias gonadales. (Chandrasen, 2010).*

Cuando se trata de la presencia de genitales ambiguos es obligatoria la realización del cariotipo, el cual se realiza principalmente de sangre periférica a partir de los leucocitos. Además de realizarse la determinación de la existencia del gen SRY. Con respecto al análisis endocrino este se basa principalmente en el estudio de esteroides suprarrenales y gonadales, de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y el cortisol para valorar la posibilidad de hiperplasia suprarrenal congénita, la cual es una de las principales causas de este trastorno y puede poner en riesgo la vida del neonato. Los exámenes de tipo radiológico son de gran ayuda para identificar el útero, ovarios y testículos abdominales o en el trayecto inguinal. (Pelayo et al., 2011)

El tema más interesante e importante cuando se habla de estos casos de trastornos de la diferenciación sexual, es el del tratamiento que se emplea por medio de los mecanismos de tipo quirúrgicos. Los procedimientos laparoscópicos empleados en este tipo de problemas, son de gran ayuda ya que actualmente se utilizan tanto en el diagnóstico (laparoscopia exploratoria) como en el tratamiento. Por medio de la laparoscopia exploratoria se puede realizar un análisis más preciso si por ejemplo, los estudios radiológicos no han mostrado un diagnóstico diferencial, esto debido a que por medio de este procedimiento se puede

reconocer el tipo de genitales internos (ovario, útero, testículos), y hasta se pueden tomar biopsias de las gónadas para su estudio más detallado en caso de que se sospeche alguna patología. Este también es un procedimiento utilizado en el tratamiento debido a que la laparoscopia o cirugía de mínima invasión permite reseca las gónadas que no corresponden al sexo asignado, además de reconstruir internamente anomalías asociadas y ayudar al descenso de los testículos en caso de que estos se encuentren intraabdominales. (Diamond y Yu, 2011).” (Aleman Ramírez, y otros, 2013) (El subrayado y el resaltado son míos)

Y esto es solo el inicio, pues luego sigue “lo más interesante”: los “tratamientos”.

“Tratamientos”:

El mismo artículo cita como otras “técnicas” usadas en personas intersexuales que ayudan a “corregir” el sexo físico inclinado hacia órganos externos masculinos o femeninos son:

“(…) Cirugía de feminización:

- *Reducción del clítoris: las técnicas más destacadas pretenden conservar aspectos sensoriales y cosméticos del clítoris. En casos severos de masculinización de los genitales (síndrome de Prader V) puede considerarse la posibilidad de reducir la cantidad de tejido eréctil. (Baskin, 2008).*

- *Separación de vagina y uretra: la duplicación vaginal al lado es mucho más frecuente y se realiza la sección del tabique en línea media. Pueden usarse colgajos cutáneos para la fijación vaginal. (Weill et al., 2007).*

- *Vaginoplastia: el tipo de vaginoplastia depende del nivel de masculinización. Para altas anomalías del seno urogenital, el uso del alargado seno urogenital común como un colgajo vaginal anterior puede ser necesario, así como la sustitución con un injerto de piel o intestino tal vez sea necesario. (Sutcliffe et al., 2009).*

Cirugía de masculinización:

- *Orquidopexia: una bolsa escrotal vacía implica uno o ambos testículos no descendidos. Con esta cirugía se intenta descender los testículos dentro del escroto. (Selvaggi y Bellringer, 2011).*

- *Falo plastia: varias técnicas se han ideado para lograr una reconstrucción de genitales masculinos, entre ellas micro anastomosis libre de nervados radiales del antebrazo y las del recto abdominal miocutáneo, sin embargo se da mayor énfasis a nuevas técnicas de ingeniería de tejidos. Las principales complicaciones de estos procedimientos son la fístula, la*

3. SEXO Y GÉNERO

En un documento denominado “**Diversidad Sexual: Conceptos Para Pensar y Trabajar En Salud**” (Duranti, 2011) elaborado como apoyo bibliográfico a las capacitaciones sobre sexualidad a cargo de Ricardo Duranti en el marco del proyecto para mejorar la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y atención del VIH e ITS de población homosexual, bisexual y trans (proyecto coordinado por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual con el apoyo técnico-financiero de ONUSIDA, PNUD, UNFPA y OPS), se denomina la palabra “sexo” a partir de cuatro grupos: sexo como característica biológica; sexo como comportamiento erótico; sexo como comportamiento social y sexo como regulador social.

Agrega que cuando se piensa en sexo

*“(...) pensamos solo en su relación con lo genital, pero **aún pensando al sexo solamente como biológico**, no encontraríamos una entidad única ya que el sexo biológico, que **es más que la mera portación de genitales**, está constituido por diferentes componentes que tienen, a su vez, características propias: sexo genético (dado por el número de cromosomas); sexo cromatínico (marcado por la presencia o ausencia del cuerpo de Barr); sexo hormonal (establecido por el equilibrio entre andrógenos y estrógenos); sexo gonadal (indicado por la presencia de testículos u ovarios); sexo fenotípico (constituido por la morfología del aparato reproductor tanto interno como externo así como por las características morfológicas externas); sexo cerebral (dado por los núcleos del hipotálamo y que son diferentes en los machos y en las hembras, su función es desconocida en el ser humano) (...)” (Duranti, 2011).*

La definición del sexo para efectos cualitativos tiene dos momentos: el nacimiento, donde se establece un sexo asignado por quienes asisten al momento del parto por la morfología externa de los genitales, y se denomina sexo de asignación.

Esta definición es requerida en el marco legal vigente, y se le conocerá como sexo legal a partir del momento de su inscripción.

Sobre esta definición del sexo, Ricardo Duranti expresa:

*(...) Si esta categorización de los recién nacidos se refiriera realmente al sexo, debería ser hecha en términos de macho o hembra, pero, sin embargo se la establece como masculina o femenina, denominaciones que son cualitativamente diferentes de las primeras puesto que **hay una atribución de sentido que va más allá de las características biológicas. Esa categorización parte del sexo pero, en realidad, es de género.** Esta determinación en masculino o femenino **se vuelve central, desplazando lo biológico (genital) y se rige, normativamente, por cierta propuesta de concordancia establecida socialmente entre el sexo biológico y un automatismo en su forma de expresión (masculina o femenina) que dependerá de lo que cada cultura entienda como masculino o femenino. Esta determinación normativa se establece siempre en términos de lo masculino o lo femenino, con exclusión mutua, raramente de masculino y femenino en forma conjunta: un mundo de celeste o rosa, jamás un naranja o verde**" (Duranti, 2011).*

Por otra parte, la definición de sexo denominada "sexo de crianza", responde a la forma en que los padres (y el entorno social en general) objetivan a los niños; y serán los parámetros culturales –masculinos o femeninos- con los que los padres identifiquen a sus hijos, los que lo establecerán. Así Duranti nos dice al respecto:

(...) Que los padres digan que su hijo es nene o nena, no se define por sus deseos sino por una arbitrariedad cultural basada y sostenida por el espejismo de la diferencia anatómica, la cual sirve como sustrato a aquella. De los niños, a su vez, se espera que se adecuen a este mundo celeste o rosa donde toda disonancia será percibida como un desvío (...)" (Duranti, 2011).

A partir de estos dos patrones se construye toda una estructura de normalización social y legal dentro de la cual, aquellos individuos que no encajen en la misma, son discriminados de todos los entornos sociales, amén de irrespetados en su individualidad y autonomía, así como en su autodefinición de género, aspecto que tiene mayor relevancia en el caso de los estados intersexuales que en los homosexuales o transexuales, toda vez que la decisión de "reasignación de sexo fenotípico" es tomada por los progenitores a edades muy tempranas, mientras que homosexuales y transexuales, típicamente asumen su género en forma autónoma y no por voluntades sustitutas.

De ahí que entre sexo y género podemos hallar una disonancia, cognitiva y conceptual, que debe zanjarse.

Las características fenotípicas de una persona no necesariamente se corresponden con su género. Lo fenotípico, desde lo que conocemos como sexo legal y sexo cultural, es una construcción cultural donde están involucradas cuestiones físicas, visibles y palpables del individuo; así como por circunstancias y contextos sociales y culturales respecto de los cuales no puedo evitar concluir que están enmarcados en la normatividad, sea lo legalmente aceptado, eso sí, desde la construcción binaria del sexo (niño/niña, hombre/mujer), y la asignación de sus roles en la sociedad nutren los estereotipos subjetivos que encasillarán a unos y otros en esa dicotomía.

El género es la identidad personal, la cual está determinada no solo por lo cultural, sino por lo social, lo psicológico, lo íntimo, lo impalpable, aquello que quizás en un mundo heteronormativizado resulta inexplicable, imposible de aceptar, y por ende, lo anormal. Esta va más allá de lo físico y lo binario, de los estereotipos, de los roles.

El binarismo sexual ha permitido la construcción de un concepto de género de índole biopsicosocial, estableciendo un parámetro de normalidad donde solamente pueden existir dos sexos, masculino o femenino. Esta situación ha permitido el desarrollo de ideas estereotipadas en el imaginario social que han perpetuado prácticas discriminatorias de personas que no se sientan incluidas en uno u otro sexo.

Aquí, es importante admitir que en la actualidad este binarismo como constructo biopsicosocial ha evolucionado a partir del cuestionamiento sobre la veracidad de la afirmación de que solamente existen dos géneros, abriéndose la posibilidad de admitir que existen más de dos, lo que coloca al tema de intersexualidad en una perspectiva semejante, pues bien se puede afirmar, que las personas con estados intersexuales, son prueba viviente de la existencia de

un tercer sexo fenotípico, aunque genotípicamente siempre existirá la tendencia natural del individuo a encajar en el género masculino o en el femenino, pues sino, no tendría sentido defender la autonomía del individuo a definir por su propia voluntad su género.

Ahora bien, estoy claro que el manejo de ambos conceptos no es fácil, e incluso, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus políticas de género lo define como el término que se utiliza para: "*describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales.*" (OMS Organización Mundial de la Salud, 2002)

Por su parte el mismo documento define que sexo "*se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.*"

Finalmente, establece que "*las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.*" (OMS Organización Mundial de la Salud, 2002)

Todo el sistema binario y heteronormativo de género, está representado en los conceptos esbozados por la Organización Mundial de la Salud, por lo que parece que médica y legalmente estamos predestinados, o quizá condenados, a no admitir la existencia de personas que no se correspondan a esos criterios normalizadores.

Allí estuvo, muy probablemente, el error del doctor John William Money^y en su "experimento" sobre el sexo aprendido o socialmente construido (caso Reimer), pues él creía que aunque una persona naciera con "sexo fenotípico" hombre o mujer, podría ser "reasignado quirúrgicamente", y luego, psicológicamente como lo contrario, por medio de la crianza familiar y convivencia social según el "sexo fenotípico reasignado".

Como es de suponer, su teoría, con el tiempo, ha resultado incongruente con la realidad, y por lo visto los conceptos políticamente esbozados por la OMS también, pues como ya dije líneas atrás, el "sexo fenotípico" y "el genotípico", pueden no corresponderse y tampoco construirse desde lo externo como un comportamiento aprendido a partir de lo masculino y lo femenino y sus roles y solamente como una cuestión social.

La identidad de género no debería ser un adoctrinamiento sobre cómo ser hombre y mujer y sus roles, debe responder a mucho más que características físicas o morfológicas y roles sociales, el término identidad de género debe entenderse como una construcción integral e íntima del ser, sin que pueda estereotiparse a partir del sistema binario de clasificación tradicional del sexo como hombre/mujer.

Es a partir de ello y de esta esfera de intimidad, de proyecto de vida autónomo e individual, lo que lleva al punto de inflexión en el tema, pues ¿cómo podemos normativizar lo que pensamos, somos y soñamos? ¿Puede el Derecho regular estos aspectos de la vida de una persona, limitarlos, o restringirlos? ¿Debe estar la persona legalmente sujeta al sistema binario sexual sin perjuicio de su identidad de género? ¿El juramento hipocrático de no hacer daño realmente considera estos aspectos? ¿Estaría exento de responsabilidad un médico respecto a dicho juramento en caso de no proceder con la intervención en un caso de intersexualidad?

4. APUNTES SOBRE EL “DISCURSO”:

Creo firmemente en que detrás de este tema y su abordaje médico y legal hay un discurso que presiona a la “normalización” de las poblaciones intersexuales.

Desentrañar a qué me refiero con “discurso” es un elemento esencial para encuadrar el tema. Trataré de sintetizar en pocas líneas los elementos componentes del discurso y otras características del mismo que componen lo que se ha llamado la Teoría del Discurso, para ir perfilando este trabajo.

Inicio diciendo que el discurso no es una *tradición* lingüística o parte de ella, sino que debe entenderse como parte del *sistema* lingüístico, y como tal enuncia no solamente el lenguaje sino que a través de él se creará el contexto del discurso mismo.

Además, el discurso puede entenderse desde tres enfoques distintos según Luis Galindo:

“(...) el formalista, que lo identifica con toda enunciación superior a la frase; el de la comunicación, donde el sujeto de la enunciación elabora su lenguaje con vistas a un destinatario; el enfoque sociológico del discurso, que queda vinculado a la práctica social del mismo (...)”. (Galindo, 1984)

El discurso debe entenderse a partir de tres aspectos, según Jacob Torfing, *“el discurso no se limita al material escrito o hablado, sino que incluye prácticas significativas, por lo tanto, tiene elementos lingüísticos y extralingüísticos”.* Además, indica Concepción que el mismo *“no está restringido a un aspecto o región de lo social, como de lo ideológico: en un discurso concreto las relaciones e identidades no son arbitrarias sino necesarias, en el sentido de ser parte de un todo”.* (Torfing, 1998)

Respecto a los usos lingüísticos del discurso, Concepción indica que pueden catalogarse como:

"1) desde la lingüística estructural, como habla saussureana; 2) el discurso entendido como un enunciado, como una unidad lingüística superior a la oración; 3) el discurso enfocado al conjunto de reglas de encadenamiento que componen el enunciado; 4) como oposición entre enunciado y discurso, propuesto por la escuela francesa de análisis de discurso (el enunciado se fija en lo lingüístico y el discurso en las condiciones de producción del texto); 5) como una reformulación de las teorías del enunciado. En este sentido, Benveniste considera que un discurso es toda enunciación con la interrelación de un hablante y un oyente, donde el primero quiere influir en el segundo; 6) la noción de discurso en oposición lengua / discurso" (Concepción Montiel, 2010).

Igualmente cita la categoría de discursos no lingüísticos sino paralingüísticos, como el de Michael Foucault, cuyas reflexiones, según Concepción, "van más allá de la lingüística y son válidas para el conjunto de los sistemas de signos y para las ciencias humanas".

Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, desde la lingüística, se ocuparon del análisis crítico del discurso, posterior a la escuela de Foucault. Es su teoría la que concibe la construcción de los discursos como un reflejo de los ámbitos y prácticas de la sociedad en que se produce. Dice Torfing sobre esa teoría:

"(...) De aquí surge una de las características del discurso introducida por estos autores: la articulación. En el discurso se refleja la articulación de los diferentes elementos de la sociedad y de las instituciones políticas. De este modo: «El discurso puede ser definido como una 'totalidad relacional' de secuencias significantes» (...)" (Torfing, 1998)

Pero quizás el discurso sociológico es uno de los más importantes para este tema, pues a través de la articulación citada entre la sociedad y las instituciones políticas, se pueden interpretar "los procesos sociales y políticos, lo que enfatiza el aspecto simbólico y abierto de las relaciones sociales y de los discursos" (Concepción Montiel, 2010).

Ahora bien, indispensable es el análisis de la actuación social o subjetividad en el discurso, pues éste versa sobre la forma de actuar y de comprenderse las personas en la sociedad. Howarth indica que:

"(...) los individuos pueden tener varias posiciones subjetivas por la misma precariedad de los discursos con los que se identifican. En tales situaciones los sujetos se proponen reconstruir sus identidades y significado

sociales articulando, discursos alternativos e identificándose con ellos".
(Howarth, 1997)

Finalmente, Concepción llega al tema del discurso hegemónico, típico del discurso político, y que suscita conflicto, pues la hegemonía supone una estructura de sometimiento y ello se refleja en el discurso político. Dice Concepción:

"(...) Las prácticas hegemónicas siempre suponen el ejercicio y el discurso del poder. Esto trae como consecuencia lo que se llama el orden de los discursos, introducido por Foucault, quien señala como en las sociedades, los discursos no circulan libremente sino que pueden descubrirse condiciones que regulan su producción y circulación", por lo que existen "discursos autorizados y no autorizados, discursos legitimados y deslegitimados (...)". (Concepción Montiel, 2010)

Entonces, resulta conclusivo que el discurso preponderante es el sociológico y el político, que se nutren de la articulación entre la realidad, lo subjetivo y lo autorizado por el poder.

De igual forma el discurso hegemónico es preponderante en los procesos de "normalización" del "tratamiento y abordaje de las personas intersexuales", en tanto tiene alcances regulatorios, disponiendo cuáles discursos están autorizados y cuáles no, lo que evidentemente influye en la legitimación o no del discurso y la materialización del mismo.

La lingüística, la terminología y el intersexualismo.

El uso del lenguaje es determinante en el discurso y la argumentación en cualquier tema que involucre opiniones o posiciones teóricas, políticas, hegemónicas o jurídicas.

Inicialmente las personas intersexuales fueron denominadas "Hermafroditas" por las razones expuestas al inicio de este trabajo.

Sin embargo, los movimientos sociales tendentes al respeto e inclusión de estas poblaciones, lograron que el término que les catalogaba de esa forma entrara en desuso y se acuñaran nuevas terminologías.

Uno de ellos es el que utilizo en este trabajo el cual he considerado el más neutro de todos.

Intersexual es un concepto que no se identifica con género, sexo determinado o militancia política a algún movimiento político social de lucha por derechos. Es absolutamente neutro y más bien denomina una condición transitoria que se encuentra en construcción.

No obstante ello, es importante tener presente que en todo caso, cualquier concepto que se acuñe, siempre tendrá una carga médica, una categoría médica, y por ende, una consideración patológica relacionada con las personas intersexuales, paradigma que debe quebrarse.

Según Silvia García Dauder y Carmen Romero Bachiller, en su obra "**Las Políticas de los nombres: La controversia DSD versus Intersexualidad**", existen efectos performativos de las categorías médicas, y existe lo que denomina "*la reapropiación política de una categoría médica*". (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Afirman que:

"(...) las categorizaciones médicas tienen la capacidad performativa de hacer aquello que dice, en este caso, de producir o hacer emerger la figura intersexual al nombrarla. El establecimiento de determinadas categorías médicas genera "figuraciones habitables" que proporcionan espacios de identificación y reconocimiento (auto y hetero-designados) y, eventualmente, la posibilidad de formación de identidades y posiciones de sujeto más allá del diagnóstico médico. Posiciones que, si bien están "sujetadas" y constreñidas por la propia categorización, ésta al tiempo las posibilita con capacidad de agencia (...)". (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Dicen que a través del proceso de medicalización de la intersexualidad,

"(...) la sujeción al poder médico por medio del nombramiento de una enfermedad y los tratamientos que moviliza, paradójicamente habilita a su vez un proceso de devenir sujeto. Y así, en el caso de la intersexualidad, nos encontramos con que un concepto que nace de la práctica clínica acaba habilitando un sujeto y movimiento político (...)". (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

La primera en alzar la voz fue Cheryl Chase, al fundar el movimiento intersexual y organizarlo en el Intersex Society of North America (ISNA), reclamando personal y colectivamente el "reconocimiento", "encuentro" y "empoderamiento" de las personas intersexuales más allá de los procesos de estigmatización y patologización, produciéndose *"no solo un proceso de resignificación política de una categoría médica como es intersexual, sino también de un término socialmente peyorativo como el de Hermafrodita"*. (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Sostienen García y Romero que la emergencia del activismo intersexual nació de

"(...) la necesidad de buscar una comunidad para enfrentar colectivamente el secretismo y la vergüenza individuales, y para permitir "la transformación del silencio en lenguaje y acción" (Lorde, 1984). Así, y a groso modo, podemos establecer las primeras demandas en la agenda del ISNA y de otros colectivos que fueron articulando este activismo –como la OII (Organización Internacional de Intersexuales) o Bodies Like Ours, por citar dos de los más activos a escala internacional–: la transformación en los protocolos médicos dirigida a evitar cirugías irreversibles y médicamente innecesarias, especialmente en el caso de menores; la desestigmatización, acabar con los secretos y mentiras recomendados incluso en los protocolos o con las "parades" de científicos fotografiando y tocando los cuerpos intersexuales; y la autodeterminación, el derecho de toda persona a determinar su propia identidad sexual una vez que pueda y quiera, sin ninguna interferencia médica o gubernamental. Dichas demandas se basaban en una crítica al protocolo médico de gestión de "los estados intersexuales" que John Money (1955) estableció en la década de los 50 y que se extendió con un amplio consenso hasta la década de los 90 (Kessler, 1998). Dicho protocolo se basaba en el género óptimo de crianza, la intervención quirúrgica temprana y el secretismo en la gestión de la información con el paciente (...)". (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

En el cambio de paradigma participaron activistas del ISNA como Alice Dreger y Cheryl Chase, quienes impulsaron el cambio de terminología a partir de que conceptos como "Hermafrodita Verdadero" o "Pseudohermafrodita masculino y femenino":

"(...) se basaba en el rol privilegiado de la anatomía gonadal lo cual tenía problemas científicos, clínicos y retóricos, y aludían a la necesidad práctica de utilizar un término que no fuera confuso para pacientes y

médicos, que no estigmatizara, que evitara referencias a la identidad de género y que etiquetara la condición más que la persona". (Dreger, Chase, Sousa, Cruppuso, & Frader, 2005)

Cabe resaltar que el abordaje de las discusiones por varios "grupos de consenso" e incluso los mismos autores citados supra, se centra en establecer la necesidad de evitar que cualquier término que se acuñe implique o promueva el hecho de nombrar algo que la persona "tiene" o "padece", y no algo que la persona "es" como se entiende que hace el término intersexual según Chase. Precisamente la nomenclatura más reciente: "Desórdenes del Desarrollo Sexual" (DSD por sus siglas en inglés), hace alusión a lo que se "padece" desde la medicina, y no a lo que la persona es: un hombre o una mujer con una condición de nacimiento, que es como la mayoría de estas personas se sienten, y no un ser entre hombre y mujer, lo que evidentemente alude a la identidad de género.

No obstante que se ha considerado que el término "Desórdenes" re-medicaliza a estas personas, en 2009 Dreger lo defiende alegando que es un término con el que los "pacientes" se sienten cómodos porque *"simultáneamente nombra, cientifica e identifica lo que ocurre"* (Dreger & Herndon, 2009)

Políticamente el término DSD es utilizado en forma estratégica para desmarcar a las personas intersexuales de las transexuales en virtud de que

"(...) algunos transexuales se definen en términos de Intersexualidad como estrategia que legitima su condición y la financiación de las operaciones de cambio de sexo, y otros crean alianzas políticas con el movimiento intersexual, por lo que es importante para evitar la amenaza de confusión (...)". (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Sin embargo, el término intersexual, por estar centrado en el ser y no en el padecer, también es importante políticamente en tanto permite el acceso a temas de salud relacionados con las personas intersex y no a la regulación médica de la identidad de género, pues si se mantiene la terminología de Desórdenes del Desarrollo Sexual, *"el éxito médico siempre se medirá en función de la correspondencia entre la identidad de género del paciente y el sexo diagnosticado"* (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Milton Diamond propone un nuevo concepto que denomina "variaciones del desarrollo sexual (VDS)". Señala que:

"(...) "disorders" normativiza y naturaliza la idea del dimorfismo sexual y marca una pauta única de desarrollo "correcto" de los cuerpos sexuados. "Variaciones", en cambio, sitúa en el plano de lo social la dualidad sexual e incide en la multiplicidad "natural" del desarrollo sexual y de las configuraciones de los cuerpos sexuados" y concluye que "mientras "disorder" permite hablar de "errores de la naturaleza" o "desarrollos atípicos del sexo", "variaciones" no presupone a priori una valoración de los mismos por plegarse o no al modelo del dualismo sexual. Hablar de "errores", "alteraciones", o "desarrollos atípicos" sólo sería, según los detractores del término, un reflejo de prejuicios sociales (...)" (Diamond, Milton; Beh, Hazel, 2006)

En este aparte quiero, junto con Diamond, afirmar que:

"(...) Es innegable que las etiquetas médicas tiene un poder que trasciende el tratamiento médico. Aquellos que pueden influir en cómo la medicina clasifica a los individuos, deberían ser sensibles al poder transformador potencial de las etiquetas que asignan. La categorización médica afecta al orden social y legal. Más importante, la categorización afecta a los individuos. Mientras la medicina reconsidera cada cierto tiempo la terminología, las etiquetas asignadas a las personas que nacen hoy con características sexuales fuera de la norma estadística pueden convertirse en símbolos estáticos de su inferioridad que tendrán que soportar a lo largo de su vida (...)" (Diamond, Milton; Beh, Hazel, 2006)

Resulta concluyente que la lingüística y la terminología utilizada en los discursos y argumentaciones normativas, jurídicas y normalizadoras para referirse a la población intersexual, tiene una carga específica que políticamente puede implicar el fundamentalismo médico y la continuidad en los "tratamientos quirúrgicos" de abordaje de estas personas, o bien, un cambio paradigmático, centrado en el paciente, en lo que es y no en lo que, según los médicos, padece.

Discurso y Argumentación:

Los discursos no significan nada sin argumentación adecuada. Como parte de un sistema lingüístico, los argumentos esgrimidos por parte del poder legitimador con miras al abordaje, toma de decisión y solución de un problema, son determinantes.

Por ello es indispensable revisar el poder que ostenta la posición del médico en la relación médico-paciente, para entender la fuerza de los argumentos médicos esgrimidos para la reasignación de sexo en las personas intersexuales.

Esto es especialmente importante si se toma en consideración que el tipo de argumentación utilizada en el discurso sociopolítico, de la biología, la medicina y la psicología, proviene de la lógica informal y en tal lógica, *"(...) las reglas de interferencia formal deductiva sentencian como inválidos la mayoría de los argumentos razonables que se manejan (...)"* (Bordes Solanas, 2011)

La comunicación humana está fundada en la lingüística, y ésta en los actos de habla o preferencias orales, que corresponde a *"(...) una acción ejecutada verbalmente con fines comunicativos (...)"* (Bordes Solanas, 2011). Continúa diciendo Bordes:

"(...) Los actos de habla argumentativos implican llevar a cabo un razonamiento. No todo razonamiento se lleva a cabo por medio del lenguaje, aunque se transmita habitualmente así y sea el lingüístico el mejor modo de reproducirlo y conservarlo (...)".

Ahora bien, los argumentos pueden ser deductivos o inductivos, dependiendo del tipo de inferencia a que lleve la conclusión. *"(...) En los argumentos deductivos válidos, la verdad de las premisas implica necesariamente la verdad de la conclusión (...)"* (Bordes Solanas, 2011). En los argumentos inductivos, *"(...) la verdad de las premisas no se sigue necesariamente la verdad de la conclusión. El vínculo entre premisas y conclusión en los buenos argumentos inductivos es más débil: no es una relación de inferencia necesaria, sino de inferencia probable (...)"* (Bordes Solanas, 2011).

Una inducción puede ser enumerativa, analógica o abductiva. En las enumerativas *"(...) se argumenta a partir de casos concretos o ejemplificaciones para concluir en una generalización (...)"*; en las analógicas *"(...) se pasa de un caso a otro semejante (...)"*; y en las abductivas *"(...) se pasa de ciertos datos a*

la hipótesis considerada como la mejor explicación disponible de los mismos (...)" (Bordes Solanas, 2011).

Afirma Bordes Solanas que "(...) los argumentos abductivos son el tipo de argumentos que se usan para decidir qué explicación de un fenómeno debemos seleccionar cuando no disponemos de una muestra de casos concretos (...)"

Cabe cuestionarse ahora sobre la validez de los argumentos. En los argumentos deductivos la lógica formal manda que

"(...) pueden ser válidos o inválidos, donde por argumento válido se entiende un argumento tal que de la verdad de las premisas se sigue necesariamente la verdad de su conclusión. Su validez o invalidez viene determinada por reglas extensionales (formales) es decir, que son independientes del contenido empírico (materia) de los términos que componen el argumento (validez deductiva) (...)" (Bordes Solanas, 2011).

Por su parte, en el caso de los argumentos inductivos, dice la misma autora:

"(...) ningún argumento inductivo ni es válido ni a fortiori correcto en el sentido de la lógica clásica o formal. Para la lógica clásica, un buen argumento sería exclusivamente un argumento correcto, esto es, deductivamente válido y con premisas verdaderas (...)" (Bordes Solanas, 2011)

Estima Bordes Solanas que lo que no puede aceptarse en el caso de los argumentos inductivos que son "(...) la mayoría de los que usamos en nuestras discusiones cotidianas (...)" e "(...) integran también el contenido esencial de las ciencias no matemáticas (...)" (Bordes Solanas, 2011).

Según la misma autora, los buenos argumentos –tanto deductivos como inductivos- pueden clasificarse en **argumentos razonables** los primeros, que a la vez son **argumentos racionalmente persuasivos**, sea un argumento que debería convencer a una persona que lo evaluara racionalmente; y en el caso de los inductivos, desde la lógica informal, serían los **esquemas argumentativos**, los que pueden sub clasificarse también en **esquemas argumentativos falaces** y **esquemas argumentativos razonables**, últimos que, afirma, pueden ser

inductivamente fuertes si la verdad de sus premisas hace posible (aunque no garantice) la verdad de la conclusión; e inductivamente débiles en caso de que sus premisas no hagan posible la verdad de la conclusión, lo que ocurriría si se basa en una muestra insuficiente de individuos o que esté sesgada social o culturalmente.

En el tema de la argumentación y del discurso, lo relativo a las falacias ocupa un espacio sumamente importante. Por ello, de seguido, debo conceptualizar lo que conocemos como "Falacia", para poder identificarla en los discursos argumentativos.

Siguiendo a Bordes Solanas, Falacia es "(...) un argumento no razonable o racionalmente no convincente, es decir que, aunque puede ser válido, contiene un error inferencial por violar uno o más criterios de buena argumentación (...)" (Bordes Solanas, 2011).

Dicha autora las clasifica en Falacias Formales y Falacias Informales, entendiendo por las primeras un argumento deductivamente inválido (es decir, inválido por razones de forma lógica), mientras que las segundas serán los argumentos no razonables, cuya invalidez se debe a razones de forma, y no de forma lógica (Bordes Solanas, 2011).

Ahora bien, dentro de las falacias que pueden interesar al discurso normalizador estudiado, encontramos las clasificadas por Bordes Solanas como Falacias informales **que contravienen el criterio de relevancia** (*ignoratio elenchi*), sea que "(...) consisten en presentar premisas que no sirven para apoyar la conclusión que se pretende demostrar (...)" (Bordes Solanas, 2011).

En esta taxonomía de las falacias que ofrece el texto de Bordes Solanas, hace subcategorías que, al efecto de las *ignoratio elenchi*, las divide en **Falacias por Omisión** (del testafarro o del espantapájaros; de la bifurcación o falso dilema); **Falacias por Intrusión o falsa pista** (genéticas: etimológica y del origen/justificación; ad hominem: abusiva, circunstancial, culpable, envenenando

el pozo; *ad vericundiam*; *ad populum* / *ad numerum* (falacia pseudodemocrática; *ad antiquitatem* / *ad novitatem*; *ad crumenam* / *ad lazarum*; *ad consequentiam*; *ad baculum*, *ad metum*, *ad superbiam*; *ad misericordiam*; *ad hoc*; y “dos errores hacen un acierto”; **Falacias por vacuidad** (*ad nauseam*; por inconsistencia o contradicción; de la pregunta compleja o *plurium interrogationum*; del círculo vicioso o *petitio principii*: *ad lapidem*, y falacia de la definición persuasiva; naturalista o *ad naturam*. (Bordes Solanas, 2011)

Por su parte, aquellas falacias que Bordes Solanas cataloga entre las que **contravienen el criterio de suficiencia** están: **Falacias de la inducción o *secundum quid*** (por inducción precipitada: provincianismo y tópicos nacionales, falacia de la hipérbole inductiva; inducción perezosa; participación simbólica o tokenism; de la falsa analogía); **Falacias de la relación causa-efecto (*non causa pro causa*)** (pendiente resbaladiza y argumentos dominó; dirección equivocada; correlación coincidente o *post hoc, ergo propter hoc*; efecto conjunto o *cum hoc, ergo propter hoc*; causa compleja: falacia de la causa genuina pero insignificante; confusión entre condición necesaria y suficiente; *a priori* / *a posteriori*; falacia causal mixta); **Falacias estadísticas** (por falsa interpolación / extrapolación); **Falacias sobre reglas** (por accidente o *dicto simpliciter* / por accidente inverso: falacia del doble rasero, falacia de la modificación de línea de meta); **Falacia *ad ignorantiam* y argumentos por simplicidad**; **Falacias mereológicas: por composición / división**. (Bordes Solanas, 2011)

En el caso de la Bioética, suelen utilizarse falacias genéricas o independientes-de-tema, sea, no son falacias específicas cuyo desarrollo no es propio de la Bioética, por ello Bordes Solanas las denomina “Falacias en Bioética”.

En mi criterio, en el caso de la intersexualidad, confluyen tanto falacias que contravienen el criterio de relevancia como el de suficiencia, siendo las más comunes la falacia del falso dilema en la modalidad blanco-o-negro; la falacia por falsa analogía; la falacia gradualista; la falacia *ad naturam*; la falacia *ad*

5. LA MEDICALIZACIÓN O PATOLOGIZACIÓN:

Los avances en medicina preventiva y curativa, y especialmente la tecnociencia, han abierto un portillo sumamente poderoso a lo largo de la historia de la humanidad, para que la disciplina de la medicina y los médicos, asuman posiciones de poder hegemónico en torno a lo que médicamente se ha calificado de "padecimientos" o "fenómenos humanos" considerados como enfermedades.

La intersexualidad, al igual que toda situación que involucra al ser humano, ha sido materia de estudio de diversas disciplinas médicas y tecno médicas, como la Psicología, la Psiquiatría, la Cirugía Reconstructiva, la Farmacología, la Endocrinología, la Biología y la Genética.

En un artículo titulado "**Hermafroditismo Verdadero**", publicado en la Revista Venezolana de Endocrinología Metabólica, los autores inician su planteamiento afirmando que: "(...) *la ambigüedad genital es una condición que debe considerarse como una emergencia médica relativa (...)*" (Sanchez de la Cruz, y otros, 2005). Finalizan el mismo indicando categóricamente que:

"(...) debe insistirse en que la HV es una condición que aunque rara, es de gran importancia, ya que puede influir de manera decisiva en la psiquis del individuo y de su entorno. Debe considerarse una emergencia relativa, dando prioridad a su solución al diagnosticarlo. (...)" (Sanchez de la Cruz, y otros, 2005).

Es claro, de lo señalado, que la medicalización y patologización de la intersexualidad imponen en los especialistas en ciencias y tecnociencias, la intervención inmediata con miras a la "corrección" de lo que ellos han denominado una "enfermedad rara o poco común", y por ende, una "condición anormal" que debe ser "corregida quirúrgicamente" en edades tempranas.

El caso de la Psicología y la Psiquiatría

Las primeras consideraciones de la intersexualidad ("hermafroditismo") como "*enfermedad*" fueron expuestas en 1839 por el sexólogo Richard von Krafft-

Ebing, Psiquiatra alemán autor de numerosas obras, entre las que se destaca "**Psychopathia Sexualis**" (1886), reconocido en la literatura médica como el primer libro dedicado enteramente a las perversiones sexuales.

En dicho texto se considera a la intersexualidad como un tipo de homosexualidad psíquica, parte de un instinto sexual contrario que clasifica como: "*(...) adquirido o genéticamente heredado, producto de una simple reversión sexual del sentimiento, una transición a la metamorfosis sexual paranoica, homosexualidad congénita, y que puede ser tratada con terapia (...)*" (traducción libre mía) (Krafft-Ebing, 2014).

Indica en el inicio del tema de tratamiento de los instintos sexuales contrarios, que es indispensable establecer "*(...) the exact differentiation of the acquired from the congenital cases (...)*" (Krafft-Ebing, 2014), y dice que el diagnóstico diferenciador se puede hacer sin dificultad en las etapas tempranas de la anomalía. Agrega que los casos de homosexualidad adquirida se caracterizan en que:

"(...) 1. The homo-sexual instinct appears secondarily, and always may be referred to influences (masturbatic neurasthenia, mental) which disturbed normal sexual satisfaction. It is, however, probable that here, in spite of powerful sensual libido, the feeling and inclination for the opposite sex are weak ab origine, especially in a spiritual and aesthetic sense (...)"^{vi} (Krafft-Ebing, 2014).

El tratamiento indicado por Krafft-Ebing, para estos casos y como regla, es un tratamiento físico,

"(...) reforzado moralmente por un buen consejo con referencia a la evitación de la masturbación, la represión de sentimientos e impulsos homosexuales, y la incentivación de deseos heterosexuales. Pero considera que eso no es suficiente, aún en casos de homosexualidad adquirida, por lo que recomienda el método de tratamiento –sugestión hipnótica– como el único que puede traer beneficios (...)" (traducción libre mía) (Krafft-Ebing, 2014).

Dice que el objeto de la sugestión post-hipnótica es:

"(...) remover el impulso a la masturbación y a los sentimientos e impulsos homosexuales, e incentivar sentimientos heterosexuales con sentido de virilidad, eso sí como prerrequisito está la posibilidad de inducir hipnosis de suficiente intensidad, lo que desafortunadamente en muchos casos de neurastenia es imposible, pues usualmente están ansiosos, avergonzados y en imposibilidad de condiciones de concentrarse en sus pensamientos (...)" (traducción libre mía) (Krafft-Ebing, 2014).

Aunque Sigmund Freud es contemporáneo de Krafft-Ebing, en el volumen 7 de su obra denominado **"Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras"** (1901-1905), habla de la intersexualidad como una inversión sexual, no como una perversión, definiéndola como un comportamiento enteramente diverso en distintos aspectos. A partir de ello enuncia inversiones sexuales a partir del objeto sexual. Diserta sobre invertidos absolutos: *"(...) su objeto sexual tiene que ser de su mismo sexo, mientras que el sexo opuesto nunca es para los objeto de añoranza sexual, sino que los deja fríos y hasta les provoca repugnancia (...)"* (Freud, 1992); e invertidos anfígenos, a quienes califica de hermafroditas psicosexuales: *"(...) su objeto sexual puede pertenecer tanto a su mismo sexo como al otro; la inversión no tiene entonces el carácter de la exclusividad (...)"*. (Freud, 1992)

A pesar de que estima que existe una "desviación" no lo considera una degeneración en el término técnico de la palabra, aunque reconoce que el discurso médico de la época solía encuadrar en el término a ciertas "patologías" o "enfermedades" como "conductas degeneradas", a lo que no escapa la homosexualidad, más no la intersexualidad.

Empero sigue considerando, con todo el poder hegemónico de su condición de médico y en un discurso y lenguaje heteronormativo, que lo normal es la relación heterosexual a partir de la unión de los genitales como meta sexual, pero también reconoce perversiones en las relaciones normales que clasifica en trasgresiones anatómicas respecto de las zonas del cuerpo destinadas a la unión sexual y demoras en relaciones intermediarias con el objeto sexual, relaciones



que normalmente se recorren con rapidez como jalones en la vía hacia la meta sexual definitiva (Freud, 1992).

Finalmente, a partir de la "pulsión sexual" parece resolver la problemática de la sexualidad sin importar las desviaciones, pues las consideradas prácticas perversas son comunes a las relaciones normales o anormales.

No obstante ello, a partir del psicoanálisis concluye Freud que la histeria, la neurosis y la psiconeurosis, son "patologías" producto de represiones de la pulsión o impulso sexual normal, y por ende en esos casos se puede descubrir en el inconsciente de estos "pacientes", sin excepción, las inversiones sexuales y las transgresiones anatómicas, que aunque no son exclusivas de quienes sufren esta condición sino que también se practican por heterosexuales, son más comunes entre los primeros, pero son igualmente tratables a través del psicoanálisis.

Este es uno de los bastiones de la teoría del doctor John William Money en su "experimento" sobre el sexo aprendido o socialmente construido (caso Reimer), pues él creía que aunque una persona naciera con sexo fenotípico hombre o mujer, podría ser "reassignado quirúrgicamente", y luego, psicológicamente como lo contrario, por medio de la crianza familiar y convivencia social según el sexo fenotípico reassignado, lo que se reforzó con el planteamiento del género y el sexo como un producto o conceptos biopsicosociales, capaces de ser asignados y reassignados a través de "tratamientos psicológicos" y condicionamientos sociales.

En el artículo "**Hermafroditismo Verdadero**", de Sánchez de la Cruz y otros, se afirma, desde el inicio del mismo que

"(...) La ambigüedad genital es una condición que debe considerarse como una emergencia médica relativa, por los serios problemas psicológicos que puede ocasionar al niño y a su entorno familiar", y que "Dependiendo de qué sexo se le asigne a ese individuo con genitales ambiguos, se condicionará si evoluciona adecuadamente desde el punto de vista sexual, psicológico y social (...)" (Sanchez de la Cruz, y otros, 2005)

Como se puede observar, desde la medicina y su discurso hegemónico de medicalización, se ha permitido el "tratamiento" de la intersexualidad como "patología", considerándola un "padecimiento tratable" y "psicológica o psiquiátricamente abordable".

Peor aún, se ha tenido a los intersexuales como "objetos de investigación y experimentación", y sujetos de tratos crueles y degradantes, donde psicólogos y psiquiatras como John William Money trataron de demostrar sus teorías a partir de condicionamientos externos de los sujetos sometidos a la "terapia" para que aceptaran "el cambio" o la "reasignación sexual", lo que –es vox populi– no terminó en un final feliz para el joven Reimer, y tampoco ha sido así para muchos otros intersexuales cuyos testimonios son fácilmente verificables en la internet y en documentales sobre el tema de prestigiosas cadenas de televisión como BBC y Discovery.

El caso de la Farmacología

La "terapia medicamentosa" ha sido utilizada por los médicos y los desarrolladores de fármacos, tanto para la "prevención de la Hiperplasia Suprarrenal Congénita" ("causa probable de la condición" de intersexualidad), así como para tratar lo que los médicos denominan "desórdenes hormonales" que produce esta condición, antes de la "intervención quirúrgica" como posteriormente a ésta.

Según se expuso en el acápite de Antecedentes, estos tratamientos tienen efectos secundarios en el feto, por lo que su "prescripción" está mayormente "contraindicada" en mujeres con "HSC" embarazadas (Merino, y otros, 2007).

Por otra parte, el "tratamiento farmacológico" en el caso de personas intersexuales "intervenidas quirúrgicamente por reasignación de sexo fenotípico", también produce "alteraciones fisiológicas secundarias" que implican una modificación del cuerpo y sus rasgos, "alteraciones" que no alcanzan únicamente el aspecto físico sino el plano psicológico y psiquiátrico de la persona intersexual,

generándose un desequilibrio entre la corporalidad y la subjetividad. (Julián, 2013).

Esta situación claramente implica una práctica médica inaceptable en tanto compromete el principio bioético de beneficencia y el de no maleficencia.

La medicalización es práctica común entre los médicos y médicas, para el control de enfermedades y padecimientos. En el caso de los tratamientos con hormonas o corticoides, es *vox populi* que los de reemplazo hormonal son efectivos en mujeres con trastornos hormonales, pre menopáusicas o en el climaterio. Su condición fisiológica y construcción genética permiten que tales tratamientos regulen su sistema, y que lejos de causarles una alteración física o un desequilibrio psíquico, alcanzan con ello el equilibrio que biológicamente se ve alterado por los cambios ocasionados por la edad. En este caso podríamos hablar de una aplicación conforme del principio de beneficencia y de no maleficencia.

Por el contrario, en el caso de las personas intersexuales el "tratamiento medicamentoso" se refiere para la "corrección de una condición preexistente al paciente". Su intersexualidad es la "condición normal", siendo lo "anormal" la "reasignación sexual" impuesta por decisión de sus progenitores o por persuasión médica.

El "tratamiento medicamentoso" se aplica para "corregir alteraciones producidas por la intervención quirúrgica en la persona intersexual", ergo, por la mano del hombre; no por la espontaneidad y naturalidad de los cambios etarios o el deterioro de estructuras fisiológicas (ovarios o glándulas endocrinas) producto de la edad, y mucho menos por la decisión autónoma del sujeto intersexual para ser sometido a ellos. Esto resulta, en todos los casos, violatorio de los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y, además, del principio de autonomía.

El caso de la "Cirugía Reconstructiva":

En Costa Rica, la "cirugía reconstructiva", o más bien, la "Cirugía de Reasignación Sexual", es un tema que no se ha podido superar aún. Desde siempre se ha utilizado este "procedimiento médico quirúrgico" para, según los médicos, "corregir la ambigüedad genital".

Es el consejo médico, tomado a partir de los exámenes de laboratorio (como el cariotipo) lo que prevalece en la decisión de los progenitores.

La decisión sobre "la intervención quirúrgica" de una persona intersexual, se toma: sin su consentimiento (pues regularmente se realiza en niños o niñas de meses de edad); al calor de un momento (normalmente recién pasado el alumbramiento); a partir de estereotipos sobre lo que social, legal y médicamente se ha considerado que es "normal" o "anormal"; y con base en discursos y construcciones lingüísticas de conceptos sobre "normalidad" fenotípica del sexo.

Así, cuando nace una persona intersexual, todo esto se confabula para tomar la decisión de "cambiar" su sexo fenotípico y "ajustarlo" a lo que médica, cultural, social y legalmente se denomina "lo normal".

Esta situación conlleva consecuencias graves en el futuro de la persona intersexual, pues como se ha venido exponiendo, no existe garantía de que la "cirugía" finalmente se corresponda con su identidad de género.

Es claro que la decisión, en niños y niñas de meses de nacidos, no puede ser tomada por otras personas más que por sus progenitores, lo que implica que estamos en presencia de una sustitución de la voluntad y ante una violación del principio de autonomía de las personas intersexuales.

Aquí surgen tres situaciones coyunturales importantes: a) el poder de decisión de los padres sobre su progenie es legítimo en tanto la toma de la misma se produzca en resguardo de su salud o su vida; b) la legitimidad de la intervención médica en el caso de las personas intersexuales debe

corresponderse con una clara y diáfana determinación de que la "condición del o de la paciente" compromete su salud o su vida; c) la validez del consentimiento informado suscrito por los progenitores del menor intersexual para "intervenirle quirúrgicamente" debe responder a criterios médicos objetivos sobre "la enfermedad y sus implicaciones" para la vida del sujeto a intervenir.

De lo anterior, resulta evidente que de previo a que el médico tan siquiera sugiera la "intervención quirúrgica" como "solución" a la intersexualidad, debe valorar objetiva y clínicamente, amén de fundamentar su posición profesional, cada caso que presente esta condición, pues no toda persona intersexual requiere de "cirugía" para llevar una vida fisiológica y biológicamente normal.

Julián, entre otros intersexuales costarricenses no "intervenidos quirúrgicamente", es un ejemplo de ello. Se declara un ser completo, integral, amante de su físico y sexualmente activo, aunque su intersexualidad proviene de lo que médicamente se ha dicho que corresponde a la "virilización de sus genitales externos" o "clitoromegalia" (Julián, 2013), lo que no le ha impedido tener una vida absolutamente normal.

Partir del "criterio quirúrgico" en todos los casos como una solución a la intersexualidad, es tomar el camino de la "solución estética", superficial y egoísta.

Los progenitores, a partir de construcciones sociales, y con miras a no experimentar sentimientos de vergüenza o de recriminación social, o bien sumidos en la irracionalidad de los temores, sustituyen la voluntad del intersexual sin siquiera tomar un minuto para preguntarse o preguntarle al médico si el grado de intersexualidad que tiene su hijo o hija, comprometerá su salud o su vida.

Simplemente es una forma de ajustar al o a la recién nacida a criterios de binariedad sexual desde lo genital.

Evidentemente, no puedo obviar indicar que existen casos extremos que comprometen seriamente las "funciones fisiológicas y biológicas" de la persona nacida intersexual, por lo que la "cirugía" es importante para restablecerlas.

Sin embargo, aquí debo ser claro en que respaldo la cirugía que permita al menor intersexual llevar a cabo sus funciones vitales básicas y normales, no para justificar con ello la "cirugía de reasignación sexual" y aprovechar para tener el hijo o hija que se corresponda con lo fenotípicamente esperado por sus progenitores o por los conceptos binarios de la sexualidad y de género.

Finalmente, la definición del sexo genital por los médicos, en los casos de la "intervención quirúrgica" de los individuos intersexuales, parte de que es más sencillo orientar hacia el sexo femenino, pero todo está determinado por factores físicos, y no se consideran aspectos subjetivos del individuo intersexual, pues a las edades tempranas en que se ejecutan estas "cirugías de reasignación sexual" (antes de los 18 meses de nacido), es prácticamente imposible conocer cuál será su tendencia de género:

"(...) aunque es más fácil orientar al paciente con HV hacia el sexo femenino, la asignación del "género definitivo" depende de factores como el grado de virilización de los genitales, presencia o no de trompas y útero, y de la capacidad del tejido testicular de producir testosterona luego de estimularlo con gonadotropina coriónica. En nuestro servicio, se le asigna prioridad al estudio y diagnóstico psicológico y a la conducta del paciente para afrontar su vida futura. Por otra parte, son los representantes legales del paciente quienes deciden el sexo social definitivo a asignar, posterior a un estudio multidisciplinario en el que se le ofrecen al entorno familiar los beneficios potenciales de uno u otro sexo social. Cuando el paciente con HV es orientado terapéuticamente hacia el sexo femenino, debe hacerse remoción quirúrgica de todo el tejido testicular; cuando se orienta hacia el lado masculino, el tejido ovárico debe ser removido y la hipospadia debe ser reparada. (...)" (Sanchez de la Cruz, y otros, 2005).

6. INTERSEXUALIDAD Y PRINCIPIALISMO:

El principialismo, en tanto corriente fundante de muchas, sino de todas, las disciplinas, resulta vital para analizar los fenómenos sociales, legales, médicos o de cualquier tipo, que ocupan la inteligencia humana.

Empero, con ello no puede pretenderse, especialmente en Bioética, utilizar únicamente este parámetro para evaluar las distintas situaciones que los seres vivos de toda especie pueden enfrentar.

El caso de la especie humana es particularmente importante, pues implica no solamente la situación del individuo, sino sus relaciones con los demás sistemas: político, social, cultural, legal; y la integración racional de todas ellas al plano subjetivo individual.

En tanto realidad multicircunstancial, no alcanzaría una sola visión o posición principialista para responder a la compleja situación humana de las personas intersexuales. Por ello, el principialismo de los Derechos Humanos es otro buen punto de partida, más no el único enfoque teórico legal que podemos utilizar, en el abordaje de la temática que nos ocupa.

No obstante lo anterior, el marco teórico que propone el principialismo biomédico y bioético, así como el que plantea el principialismo de los Derechos Humanos y de los Derechos Fundamentales, convergen en aspectos trascendentales que, en tratándose en este tema de uno relativo a la humanidad de los sujetos involucrados, son el punto de partida más apropiado para discutir sobre la intersexualidad.

Algunos aspectos interesantes y no menos curiosos relativos a ambas teorías principialistas, están relacionados con hechos históricos.



El Estudio Tuskegee:

Este experimento, llevado a cabo en la ciudad de Tuskegee, Alabama, investigaba la evolución de la sífilis -sin tratamiento- en esa localidad de los Estados Unidos. El mismo inició en 1932 con la participación de 600 individuos negros (399 con sífilis y 201 que no contaban con la enfermedad). Su participación como sujetos de investigación fue manipulada con información incorrecta sobre el tratamiento que se les aplicaría y sin consentimiento informado sobre los beneficios al paciente ni las consecuencias fatales de la enfermedad.

Este experimento continuó por 40 años, aunque se inició y planificó con una duración de seis meses. El mismo se prolongó hasta 1972, a pesar de la aparición de la penicilina en 1947 como tratamiento admitido para la sífilis; la emisión en 1947 del Código de Nüremberg; y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964. (Centers for Disease Control and Prevention CDC, 2015)

En 1972 el asunto llegó a la prensa y es hasta entonces que el Parlamento Norteamericano decide crear Comisiones Nacionales para proteger a quienes participaban en las investigaciones médicas.

En 1974 se creó la National Commission for the Protection of Biomedical and Behavioral Research, con el fin de elaborar unos principios básicos que regularan la investigación biomédica y del comportamiento con seres humanos, los que culminaron en 1979 en el Informe Belmont y la creación del Consejo Nacional de Investigación en Humanos (National Human Investigation Board).

Este experimento fue citado como "*posiblemente la más infame investigación biomédica de la historia de Estados Unidos*" (Katz, Russell, Kegeles, & Kressin, 2006).

La Segunda Guerra Mundial:

Mientras tanto, en Europa se desarrollaba el segundo conflicto militar global, la Segunda Guerra Mundial.

En 1939 inicia el conflicto con la invasión de la Alemania nazi a Polonia con la intención de fundar un gran imperio en el Viejo Continente y se extiende hasta 1945. (World Press, 2000-2003)

La idea del nacional socialismo de Adolf Hitler, más allá de establecer un dominio germano de toda Europa por medio de alianzas estratégicas en la parte oriental y occidental, así como en Asia y África, implicaba además el nacimiento de una nueva raza aria de características superiores a la existente, por lo que ningún individuo que no calzara en el perfil del nuevo prototipo alemán podría vivir. Así, a los campos de concentración alemanes en toda Europa fueron enviados judíos, homosexuales, eslavos, discapacitados, gitanos, testigos de Jehová, comunistas, españoles republicanos, sacerdotes católicos y ministros de otras religiones. (World Press, 2000-2003)

Estos campos de concentración se convirtieron en centros de exterminio masivo, dando lugar a lo que la Historia Universal ha denominado el "Holocausto". (World Press, 2000-2003)

Durante el régimen de terror del Tercer Reich, se produjeron deportaciones masivas; masacres masivas de población y de prisioneros enemigos; violaciones masivas de mujeres; experimentos científicos usando prisioneros realizados por médicos nazis y japoneses que solían terminar con la muerte del individuo. (World Press, 2000-2003)

El final de la Guerra fue seguido por la constitución de la Organización de las Naciones Unidas el 26 de junio de 1945. Para el tiempo de los juicios de Núremberg ya estaba en efecto el Código de Núremberg, mismo que se aplicó

para enjuiciar a los criminales nazis acusados por crímenes contra la humanidad.
(World Press, 2000-2003)

En la Carta de las Naciones Unidas, en su Preámbulo, se resuelve que los países signatarios se comprometen:

"(...) a preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles; a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas; a crear condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia y el respeto a las obligaciones emanadas de los tratados y de otras fuentes del derecho internacional; a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad (...)" (ONU Organización de las Naciones Unidas, 2015);

y con tales finalidades:

"(...) a practicar la tolerancia y a convivir en paz como buenos vecinos; a unir nuestras fuerzas para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales; a asegurar, mediante la aceptación de principios y adopción de métodos, que no se usará la fuerza armada sino en servicio del interés común; a emplear un mecanismo internacional para promover el progreso económico y social de todos los pueblos (...)" (ONU Organización de las Naciones Unidas, 2015)

Posteriormente, en 1948 la Asamblea General de la ONU emite la Declaración Universal de Derechos Humanos en la que en su Preámbulo enuncia:

"(...) Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

LA ASAMBLEA GENERAL proclama la presente DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. (...)" (ONU Organización de las Naciones Unidas, 2015)

Las coincidencias:

Ambos hechos históricos tuvieron como común denominador varios aspectos que llaman la atención:

- 1- Las acciones que iniciaron cada evento fueron decisiones tomadas por grupos que justificaban moralmente su posición y que actuaron al margen del respeto por la humanidad.
- 2- En ambos casos se produjo la muerte de seres humanos a partir de actos de experimentación con ellos, o del establecimiento de un perfil de "normalidad" esperada en los sujetos del conglomerado.
- 3- En ambos casos se sacrificó a poblaciones compuestas por individuos vulnerables.

- 4- Los intereses velados tras cada uno de esos hechos se ubican en la esfera de las posiciones de poder, sea político o profesional (médico).
- 5- Ambos hechos históricos culminaron con la emisión de importantes documentos conciliatorios y rectores de la conducta humana: la Carta de las Naciones Unidas (1946) y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); el Código de Núremberg (1947), la Declaración de Helsinki (1964), y el Informe Belmont (1979)
- 6- En los dos casos, los documentos propugnan por la protección de los derechos humanos, del individuo y de su bienestar general, en el trato en condiciones de dignidad, libertad y respeto a su autonomía e individualidad.
- 7- Todos los documentos emitidos son declaraciones de principios morales y valores de alcance universal y de reconocimiento general, tanto local como global.

De la breve lectura de los documentos citados en el punto 5, se puede concluir que estamos en presencia de declaraciones éticas sobre el tratamiento y consideración que se debe tener a la especie humana por parte de las estructuras de poder hegemónico de cualquier naturaleza.

Sin hacer alusión a género, todos los documentos son homo-céntricos, y no casualmente hablan de valores, ideales y principios de rango universal, cuya tendencia debe ser creciente y globalizada.

Empero, en el mismo sentido se constituyen en ética práctica, por lo que no son más que enunciados de buena voluntad si no se aplican sobre una base regular y en todas las circunstancias que ameriten su consideración y ponderación.

Es aquí donde curiosamente el Código de Núremberg cobra una especial mención como elemento unificador de ambos planteamientos principialistas, pues coincidentemente se aplicó como precedente de ulteriores declaraciones e

informes que han completado el acervo ético normativo tanto de la protección del individuo ante el poder médico y de la investigación biomédica, como ante el poder político o militar.

La intencionalidad de todos los documentos citados busca zanjar la brecha existente entre quien tiene el conocimiento y quien tiene la ignorancia; entre quien está en posición de poder y el que está en posición vulnerable; acortando las distancias y las diferencias, potencializando los derechos del más débil ante el más fuerte con miras a equilibrar la balanza y resguardar el sentido máspreciado de la naturaleza humana: su dignidad.

El Principialismo Biomédico:

Tom L. Beauchamp y James F. Childress en la séptima edición de su obra **"Principles of Biomedical Ethics"**, inician con un capítulo denominado "Fundamentos Morales", y hablan extensamente sobre Normas Morales, Ética Normativa y Ética No Normativa.

Esta clasificación desde la moral y las normas que la rigen pretende establecer un parámetro teórico universal que pueda permitir la evaluación o juicio moral de la conducta aceptada, y en tal condición eleva las normas morales al rango de principios éticos, lo que también se inscribe en lo que denominan "Moralidad Común" y que luego desarrollan hasta concluir que ésta se puede convertir en "Moralidad Universal".

Dicen al respecto que:

"The common morality is applicable to all persons in all places, and we rightly judge all human conduct by its standards. The following norms are examples (far from a complete list) of generally binding standards of action (rules of obligation) found in the common morality: (1) Do not kill, (2) Do not cause pain or suffering to others, (3) Prevent evil or harm from occurring, (4) Recue persons in danger, (5) Tell the truth, (6) Nurture the young and dependent, (7) Keep your promises, (8) Do not steal, (9) Do not punish the innocent, and (10) Obey just laws (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Además, indican que existen trazos de carácter moral en la moralidad común que se convierten en reglas estándar de obligación y que son a la vez virtudes universalmente admiradas como parte del carácter. Así indican:

(...) "Here are ten examples of moral character traits, or virtues, recognized in the common morality (again, not a complete list): (1) nonmalevolence, (2) honesty, (3) integrity, (4) conscientiousness, (5) trustworthiness, (6) fidelity, (7) gratitude, (8) truthfulness, (9) lovingness, and (10) kindness (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Sostienen además que las personas que adolecen la ausencia de estas trazas de carácter son encasilladas como moralmente deficientes, y a la vez, los rasgos negativos opuestos a los indicados, son conocidos como vicios, y están universalmente reconocidos como defectos morales sustanciales.

Exponen que además de las obligaciones vitales y las virtudes mencionadas, la moralidad común fundamenta los Derechos Humanos y engrosa la lista de ideales morales como la caridad y la generosidad.

Dicen que los filósofos han debatido sobre cuál de esos aspectos de la vida moral –las obligaciones, los derechos o las virtudes- son más básicos o más valiosos, pero que la discusión es inocua, pues no vale la pena discutir tales aspectos en el caso de la moralidad común, pues, afirman:

"(...) For example, human rights should not be considered more basic than moral virtues in universal morality, and moral ideals should not be less esteemed merely because people are not obligated to conform to them. An undue emphasis on any one of these areas disregards the full scope of the common morality (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Para el caso de la moralidad particular, estiman que la misma es aceptable como tal en tanto y cuanto no contradiga o contravenga la moralidad común o universal. La ética profesional y la moral particular que rige el quehacer de especialistas en una profesión como la medicina, la abogacía o cualquier otra, puede convertirse en moral particular, y será válida en su aplicación práctica siempre que no contravenga los términos admitidos por la moral común.

La Teoría de los Derechos Humanos:

A lo largo del desarrollo temático sobre los derechos humanos se les ha denominado de distintas formas: derechos del hombre, derechos naturales del hombre, derechos de la persona humana- y con miras a su realización se les ha caracterizado de inmutables, eternos, supratemporales y universales.

Bidart Campos considera que:

"(...) a) en la doctrina de los derechos humanos subyace una exigencia ideal; b) la formulación de los derechos humanos se postula como universalmente válida; c) los derechos humanos son superiores y anteriores al Estado y, por eso mismo, inalienables e imprescriptibles, y d) los derechos humanos significan una estimativa axiológica en virtud del valor justicia, que se impone al Estado y al derecho positivo (...)". (Bidart Campos, 1989)

González Vicen describe a los Derechos Humanos como

"la existencia de un orden universal del ser, de estructura permanente e inviolable, que puede ser la physis en los sofistas, el logos universal en el estoicismo, la lex aeterna en el pensamiento cristiano o naturaleza en los grandes sistemas del racionalismo moderno, donde se contienen por definición los principios últimos del obrar humano en la convivencia" (González Vicen, 1969)

Bidart Campos, a partir de la cita de González Vicen, hace una equivalencia entre la juridicidad de la parte de ese orden referido al hombre como derecho natural y el valor justicia.

Afirma que el valor es un ente ideal valente (que vale) y exigente (que exige). Y añade que:

"(...) el valor justicia exige, desde su deber ser ideal, que en el mundo jurídico-político haya derechos humanos. Y que los haya significa que el mundo jurídico-político les confiera realización, efectividad, a través de las conductas humanas en relaciones de alteridad (presuponiendo que los valores como la justicia se realizan en las conductas humanas, que son su sustrato, según buena afirmación de la doctrina egológica de Carlos Cossio (...)". (Bidart Campos, 1989)

En cuanto a la relación del valor con el mundo jurídico indica:

"(...) Cuando la dimensión del valor (que el trialismo de Goldschmidt denomina dimensión dikelógica) se acopla al mundo jurídico en la triada de orden de conductas o dimensión sociológica, orden de normas o dimensión normativa, y orden del valor o dimensión dikelógica, que equivale a conducta, norma y valor en el tridimensionalismo de Reale y Recaséns Siches, se alivia parcialmente el dilema de si los derechos humanos son derechos verdaderamente subjetivos dotados de exigibilidad, o si lo son solamente de iure condendo, en cuanto meros requerimientos estimativos (que deben ser, pero que –acaso- no son). Y se alivia porque la exigencia que el deber ser ideal del valor dirige al hombre para que lo realice con signo positivo, da por cierto que como el valor no es autoejecutorio (o sea, no se realiza por sí solo) siempre serán los hombres sus destinatarios, que podrán darle o no encarnadura en la realidad del mundo jurídico; pero pese a que no se la den –es decir, pese a que en esa realidad haya un hueco o vacío, de disvalor, equivalente al deber ser actual de Hartmann- el deber ser ideal del valor (su valencia y exigencia) subsistirá incólume. Ello significa que el valor exige que haya derechos humanos, y cuando acaso el mundo jurídico-político acuse su ausencia o su deficiencia, tales derechos conservarán su exigencia valiosa, y reclamarán de quienes sean capaces de realizarlos, que los realicen, no bien estén en condiciones de hacerlo (y aquí, entonces, se trata del deber de actuar) (...)". (Bidart Campos, 1989)

Estima que se vuelve más sencillo dejar de lado la noción de que estamos ante derechos morales porque:

"(...) la juridicidad de eso que llamamos derechos humanos está dada por su conexidad con el valor justicia: todo lo que concierne a él, todo lo que tiene sentido direccional hacia él, es jurídico, aunque acaso esté ausente en el mundo jurídico-político la realización del valor con signo positivo, o sea, aunque topemos con el signo negativo o disvalor (...)". (Bidart Campos, 1989)

La Teoría de los Derechos Fundamentales:

Robert Alexy, en su obra **"Tres Escritos sobre los derechos fundamentales y la teoría de los principios"**, afirma que *"(...) Los derechos fundamentales son en su esencia derechos humanos transformados en derecho constitucional positivo (...)"* (Alexy, 2003)

Dice Alexy sobre la teoría de los principios: *"(...) De acuerdo con la definición estándar de la teoría de los principios, los principios son normas que ordenan que algo se realice en la mayor medida posible, de acuerdo con las posibilidades fácticas y jurídicas (...)"*. Como consecuencia, los principios son

mandatos de optimización, que se caracterizan por el hecho de que pueden ser cumplidos en distintos grados y de que la medida ordenada en que deben cumplirse, no sólo depende de las posibilidades fácticas, sino también de las posibilidades jurídicas.

Agrega que la teoría de los principios equivale al principio de proporcionalidad y éste implica aquella.

"(...) La implicación del principio de proporcionalidad se basa en la propia definición de los principios. En cuanto mandatos de optimización, los principios exigen la máxima realización posible, en relación con las posibilidades fácticas y jurídicas. La relación con las posibilidades fácticas conduce a los subprincipios de idoneidad y necesidad (...)". (Alexy, 2003)

Para (Alexy, 2003), el deber ser es lo que ha de optimizarse para que a través de ello se transforme en un deber ser real; también indica que en tanto objeto de la optimización, el deber ser debe estar en el nivel de los objetos, y por el contrario, los mandatos de optimización o mandatos de optimizar en un metanivel donde debe establecer lo que debe hacerse con lo que está en el nivel de los objetos.

Como Teorías de Principios, todas apuntan a valores, e implícitamente, a moralidad, una moralidad universalmente reconocida.

Establecen derechos en favor de unos y obligaciones o deberes a cargo de otros en relaciones conversas.

Enuncian, pues, conductas aceptadas y límites intrínsecos a esas mismas conductas, y en tal relación, la proporcionalidad, la justicia y el respeto surgen como puntos medulares para que una decisión que involucre a un individuo y sus derechos, sea tomada con la mayor precaución posible y con criterios de ponderación adecuados.

7. BIOÉTICA, DERECHO E INTERSEXUALIDAD

Los principios biomédicos, luego bioéticos, así como los principios sobre Derechos Humanos, son el marco referencial para las profesiones relacionadas en el tema de intersexualidad.

Por una parte la Medicina, la Farmacología, la Psicología, la Psiquiatría, la Endocrinología y la Cirugía Reconstructiva; y por otra, la Abogacía y la función legislativa, son atravesadas transversalmente tanto por un orden moral, un orden deontológico y un orden jurídico normativo, que les impone el marco legal y normativo de acción, tanto a los profesionales en Derecho como a los de la Medicina.

Si bien muchas acciones en el campo médico y en la práctica del Derecho son tomadas a partir de criterios morales universalizables, muchas veces la moral particular -de la que nos habla Beauchamp y Childress- sesga la decisión final, y descoloca la acción del *deber ser* inspirado por los propios principios teóricos expuestos.

Los principios biomédicos de respeto, no maleficencia y de beneficencia; los bioéticos que extienden los anteriores a la autonomía o independencia y a la justicia; y los de Derechos Humanos y Fundamentales que resguardan la libertad, la justicia, la igualdad, la autonomía de la voluntad, el derecho a la libre disposición del cuerpo, entre otros, apuntan a que en el caso de la intersexualidad sean cuidadosa y celosamente resguardados.

El problema medular para que esto no suceda es la temprana edad en que se produce la "intervención médica" de la persona intersexual y la imperiosa obligación legal que impone el ordenamiento jurídico para "definir" un sexo legal al neonato con miras a su inscripción.

Otro problema lo representa la situación en sí misma, pues el nacimiento de una persona intersexual –según la literatura consultada y citada- produce una alteración psicológica en los progenitores ante la presión social del binarismo sexual y la necesaria definición del género.

Uno más se produce a partir del juego de las falacias en el argumento normalizador que impone sobre la situación una suerte de "emergencia médica" que amerita "la intervención inmediata", incurriendo en falacia gradualista al indicar los médicos que "con cada año que pase el problema será mayor"; o bien, los argumentos de falso dilema, cuando la pregunta se plantea como "¿es niño o niña?", sin considerar una tercera alternativa o si la "alteración urogenital" es tal que no permite otra "solución" más que la "cirugía de reasignación sexual", todo lo cual nos lleva a la falacia de la pendiente resbaladiza.

El último de ellos se produce a partir de la inadecuada práctica, respecto a los individuos intersexuales, de la autoridad subrogada y el consentimiento informado.

La situación que envuelve a una persona intersexual no le es exclusiva. Quizás es una de las condiciones que más sujetos involucra para la toma de una decisión respecto de la cual, el verdadero y único interesado, no tiene ni voz ni voto en razón de la etapa tan temprana en que todo sucede.

Si contamos los individuos que participan en la toma de decisión sobre una cirugía de corazón abierto, de cáncer, de aborto o de participación en una investigación científica farmacológica o de otra índole, siempre habrá a lo sumo tres sujetos, uno de ellos será el médico, el otro el paciente y, si tuviera pareja, su esposo o esposa, compañero o compañera.

En cambio, en el caso de los intersexuales, al nacer la persona intersexual es recibido por el o la ginecólogo(a), la enfermera o el enfermero obstetra, el o la médico(a) pediatra, el padre y la madre. Todos los médicos y personal de enfermería presentes opinarán con autoridad suficiente sobre la situación que

recién conocen, y la compartirán con los progenitores quienes también pedirán consejo a los médicos sobre qué hacer en ese caso. Mientras tanto, el registrador civil del Hospital estará presionando para que se inscriba al individuo recién nacido como hombre o mujer, apelando a la seguridad jurídica y a la protección de los derechos del *nasciturus*.

Al calor de esta situación, se pierde de vista por completo que el único interesado y cuya vida a futuro se determinará antes de los dieciocho meses de edad, no puede opinar ni expresar su sentir en relación con su futuro, su sexualidad, su genitalidad, su género y su desarrollo psíquico, físico y socioafectivo.

Los progenitores pensarán no solo en el bienestar del nuevo miembro de la familia, sino también respecto a su íntima e individual situación. Sus emociones, a partir del consejo médico y las probabilidades futuras de su recién nacido hijo o hija, no les permite centrar la atención en la nueva criatura, y apresuradamente toman la decisión de autorizar cualquier procedimiento necesario para "corregir la anomalía", incluso la "cirugía de reasignación sexual".

Quien toma la decisión ¿está realmente en condición de hacerlo? ¿En qué momento lo hace? ¿Habrá recibido toda la información necesaria para tomar tan importante y trascendental decisión en sustitución de su hijo o hija?

Es aquí cuando los principios bioéticos deben ponderarse adecuadamente.

El principio de respeto a la autonomía:

El principio de respeto implica un conocimiento adecuado del concepto de autonomía.

Etimológicamente la palabra autonomía viene del griego "*autos*", que equivale a por sí mismo; "*nomos*" que equivale a regla; y el sufijo "*ía*" que implica acción o cualidad.

"(...) Los griegos tenían un claro sentido de la palabra y está relacionada con la libertad en un sentido político. Primero fue usada en un contexto de comunidades y su protección contra el control de poderes extranjeros (...)" (Etimologías de Chile, 2015)

Esta definición etimológica alude a la capacidad de autogobernanza, típica de los Estados, pero actualmente extendida a la capacidad personal de los individuos de tomar decisiones en relación con un plan auto-elegido.

Beauchamp y Childress afirman que *"(...) el individuo autónomo actúa libremente de acuerdo con un plan auto-elegido, análogamente a la forma en que un gobierno independiente administra sus territorios y fija sus políticas (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

Adicionalmente enuncian que existen tres condiciones en la teoría de la autonomía que son: intencionalidad, entendimiento o comprensión y no intervención o control.

La primera de ellas se erige como *"(...) aquellas acciones intencionales que requieren de planes en la forma de representaciones de una serie de eventos propuestos para la ejecución de una acción (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

En el caso del entendimiento, dicen que *"(...) una acción no es autónoma si el actor no la entiende adecuadamente. De ahí que existen condiciones que limitan el entendimiento, como la enfermedad, la irracionalidad y la inmadurez. Agregan que deficiencias en el proceso de comunicación también boicotean el entendimiento (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

Por su parte, la ausencia de control, intervención o manipulación es requerida para que una acción sea autónoma. *"(...) El individuo debe estar libre de cualquier influencia externa o de estados internos que le impidan a la persona auto-dirigirse (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

El otro punto relacionado con el principio de autonomía es el respeto a ésta. Dicen Beauchamp y Childress que respetar a los agentes autónomos es:

"(...) comprender su derecho a tener un punto de vista, a hacer elecciones, y a tomar acciones basadas en sus valores y creencias. Agregan que este respeto implica una acción respetuosa, no solamente una actitud respetuosa. También requiere no interferir en los asuntos ajenos. Incluye, en algunos contextos, construir o mantener la capacidad de otros para elegir autónomamente mientras le ayudamos a allanar los temores y otras condiciones que destruyen o interrumpen la acción autónoma (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Agregan que este principio puede establecerse como una obligación negativa o positiva. Será negativa al requerir

"(...) que las acciones autónomas no estén sujetas a coacciones controladoras de otros. Impone una amplia obligación de no incluir cláusulas de excepción como por ejemplo 'Debemos respetar las opiniones y derechos del individuo hasta tanto sus pensamientos y acciones no dañen seriamente a otra personas' (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Como obligación positiva el principio *"(...) requiere un tratamiento respetuoso al suministrar información y acciones que abriguen la capacidad de decisión autónoma. Muchas acciones autónomas no suceden sin la colaboración material de otros en la producción de opciones disponibles (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

Terminan citando algunos ejemplos de ambas obligaciones:

"1. Decir la verdad; 2. Respetar la privacidad de los demás; 3. Proteger la información confidencial; 4. Obtener el consentimiento para la intervención de pacientes; 5. Cuando le pidan, ayude a otros a tomar importantes decisiones." (Beauchamp & Childress, 2013)

El consentimiento informado:

Un elemento importante, especialmente para el tema que nos interesa, y que está relacionado con la autonomía, es el consentimiento informado.

Este instituto, establecido diez años después de los juicios de Nüremberg, y precisamente a partir de los atroces experimentos con seres humanos que realizaron los nazis, involucra las tres condiciones de la teoría de la autonomía, precisamente porque es la puerta de entrada a los procedimientos o tratamientos médicos y a la investigación en seres humanos.

El consentimiento informado implica la capacidad para elegir en forma autónoma, lo que implica un tema de capacidad o competencia para la toma de la decisión.

Esta capacidad muchas veces está ligada a la habilidad de una persona para realizar determinada tarea, la que puede o no estar presente en todos los momentos de la vida de una persona. Puede suceder que una persona pierda esa capacidad o simplemente, nunca la adquiera. La pérdida puede responder a condiciones de salud/enfermedad, racionalidad, inteligencia y entendimiento disminuidos por las razones que fuera, lo que evidentemente incide en la competencia para tomar una decisión autónoma y realizar una acción igualmente autónoma.

Aquellos sujetos que, habiendo sido informados adecuadamente, entiendan, razonen y estén dispuestos a actuar voluntariamente en el curso de acción planteado, están en plena capacidad para firmar un consentimiento informado y someterse al plan sugerido.

El problema lo plantean los casos de individuos con capacidades disminuidas y en menores de edad, donde la incompetencia por incapacidad o por edad legal, respectivamente, implica la participación de terceros (tutores o curadores) en la toma de decisiones, lo que en Bioética se conoce como "consentimiento subrogado".

Al respecto, Pedro Federico Hooft, en su artículo "**Bioética y derecho. El consentimiento informado en la Jurisprudencia Argentina**", indica:

"(...) Resulta importante destacar que capacidad en sentido jurídico no coincide necesariamente con el concepto de competencia en sentido bioético. Puede ocurrir que incluso una persona declarada insana (incapaz, desde el punto de vista del derecho civil) puede, en cambio, en la situación particular, en cuestiones atinentes a su propia salud, ser competente en sentido bioético, desde el momento en que pueda comprender los riesgos y beneficios de un tratamiento terapéutico, ante el cual pueda luego eventualmente brindar un consentimiento válido. Ahora bien, si una persona altamente vulnerable no es competente en sentido bioético –aun cuando,

frente al derecho vigente se trata de una persona civilmente capaz-, su consentimiento puede ser subrogado o sustituido, precisamente por la persona 'próxima' ". (Hooft, P. F. & Picardi, G.J., 2006)

Lamentablemente, en el caso de menores de edad intersexuales, el tema es más complicado, especialmente porque la decisión de "intervención quirúrgica" se toma cuando la persona menor intersexual recién nace o antes de los dieciocho meses de edad.

En esta edad el menor se encuentra, según Jean Piaget y su "**Teoría del Desarrollo Cognoscitivo**", en la primera etapa del desarrollo cognoscitivo, que es la sensorio-motora, que es la que va de los cero a los dos años de edad. Para este momento el menor empieza a hacer uso de la imitación, la memoria y el pensamiento, reconoce objetos, pasa de acciones reflejas a actividad dirigida por metas. (Meece, 2000)

Según esta teoría de Piaget,

"(...) los niños logran identificarse con el principio de equidad alrededor de los diez años y logran plena identificación de los derechos individuales y los principios éticos universales alrededor de los 14 años. Se considera que a partir de ahí la moralidad cambia poco, aunque depende de muchas variables culturales que siga formándose posteriormente. En la mayoría de las legislaciones de los países ya se reconoce que la edad no es la medida óptima de la capacidad mental y se estimula a los pediatras a considerar la capacidad de decisión en niños mayores y adolescentes, relacionada con la madurez que cognitiva y psicológicamente se alcanza alrededor de los 14 años (...)" (Meece, 2000)

Es evidente que si la "intervención quirúrgica" de una persona menor de edad intersexual se produce antes de los dieciocho meses de edad, el consentimiento informado es necesariamente subrogado en sus tutores legales, en este caso, sus progenitores.

Esta situación puede ser legalmente aceptada conforme al sistema jurídico normativo que se trate y donde la autoridad parental ejercida en forma de tutela de los intereses del menor –incapaz legalmente por su temprana edad-, permita que sus progenitores tomen la decisión.

Empero, no es lo mismo desde la Bioética. Esto resultaría inaceptable en virtud de la necesaria participación del individuo en la toma autónoma de decisiones con suficiente conocimiento e información sobre los procedimientos, relación de riesgo beneficio, consecuencias y autorización requerida para realizarlos y consentirlos en forma libre, autónoma y voluntaria.

El principio de No Maleficencia:

Beauchamp y Childress indican que este principio "(...) nos obliga a abstenernos de causar daño a los demás (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Igualmente mencionan que "(...) en ética médica ha sido tratado en forma idéntica que la célebre máxima *Primum non nocere*: Sobre todo o en principio no hacer daño (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Algunas consideraciones sobre este principio nos puede llevar a pensar que, teniendo en consideración el mejor interés (o el interés superior) del "paciente", en la praxis médica el galeno puede tomar decisiones de causar un daño (mal) que, en relación proporcional con el beneficio (bien) alcanzado, resulta en un dimensionamiento adecuado del mejor interés del paciente.

Por ejemplo, si una fractura ósea atendida tardíamente ha soldado en malas condiciones al punto que la salud del paciente ha desmejorado considerablemente por el dolor, o porque no puede caminar, el que el médico especialista fracture nuevamente el hueso (que comúnmente se relacionaría con un daño) y luego lo una correctamente y fije en su lugar (bien), y ambas acciones conlleven a que el paciente deje de sufrir el dolor y pueda caminar, el mal infringido es justificable.

El punto medular en este principio es que el daño infringido (el acto maleficente) sea justificable.

Ahora bien, todo acto maleficente debe ser evitado, a no ser que sea estrictamente necesario en la ponderación de otros principios y reglas de acción,

y respecto del riesgo beneficio del plan a seguir. Pero no basta con ello, debe existir un compromiso de no tomar riesgos que impliquen daño.

Para ello, Beauchamp y Childress, ejemplarizan con reglas morales aquello que puede ser no maleficente: "(...) *No matar, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar, no causar ofensa y no impedirle a otros una buena vida (...)*". (Beauchamp & Childress, 2013)

Si partimos de estas reglas morales, evidentemente en el caso de las personas menores intersexuales se podría considerar que al menos tres de ellas son violadas al realizar una "intervención quirúrgica de reasignación sexual" a temprana edad (0-18 meses).

La Organización Mundial de la Salud ha reconstruido el concepto de salud disponiendo que es "(...) *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...)*" (OMS Organización Mundial de la Salud, 2002)

Así, la presencia de una condición intersexual en un individuo debe ponderarse, primero desde el grado de intersexualidad de cada caso concreto, para, segundo, determinar cómo incidirá esta condición fenotípica en el desarrollo físico, psicológico y social del individuo.

El considerar en todos los casos que la intersexualidad es una "enfermedad" implica la "intervención médica para su cura", aspecto inevitable para el médico en virtud del juramento Hipocrático y el principio de beneficencia. Pero también implicaría un retroceso en el avance del concepto de salud al seguir considerando que el individuo intersexual no tendrá salud hasta que sea librado de esta "enfermedad".

La determinación prima facie sobre si la intersexualidad, como condición que impedirá que el o la menor de edad se desenvuelva sin contratiempos como

individuo y pueda cumplir sus funciones biológicas y fisiológicas, es medular en el plan de acción.

Puede considerarse maleficiente tomar esa dirección en todos los casos y aplicar la "cirugía reconstructiva y el tratamiento hormonal" sin distinción alguna, pues evidentemente ello afectaría otros aspectos contenidos en el actual concepto de salud.

Por ejemplo, ¿cómo puede un médico determinar con certeza e intención y obligación de no hacer daño, si el desarrollo mental (psicológico, psiquiátrico) del menor intersexual "intervenido quirúrgicamente" será óptimo? ¿Cómo puede garantizar el equipo médico que con dicha "cirugía y tratamiento hormonal" no se le estará causando dolor o sufrimiento en el futuro, o si ello no resultará ofensivo para él cuando adquiera conciencia y conozca lo que pasó sin su consentimiento? ¿Cómo puede garantizar el equipo médico que a futuro, el menor intersexual intervenido, no se muestre incapacitado para disfrutar plenamente no solo de su actividad fisiológica sino de su sexualidad?; y ¿cómo garantizar que ésta última coincida a futuro con su sexo fenotípico si, hasta es posible, que cambie de género en su subjetividad, lo que le impediría tener una buena vida?

Estimo que para evitar todos estos contratiempos en relación con el principio de no maleficencia, y siguiendo la "**Teoría del Desarrollo Cognoscitivo**" de Jean Piaget, la decisión sobre la intervención quirúrgica en todos los casos de intersexualidad, debe postergarse hasta que el individuo alcance capacidad cognoscitiva suficiente para tomar él mismo la decisión, en forma libre y autónoma, respetando así su individualidad, sea a partir de los catorce años de edad.

Evidentemente, quedan a salvo aquellos casos en que el desarrollo de la intersexualidad amerite la "intervención médica" para permitir condiciones de vida saludables para el individuo a futuro.

De lo contrario, y de no actuarse de esta forma, el juego de probabilidades que se expuso líneas arriba compromete, gravemente, el principio de no maleficencia.

El principio de Beneficencia:

Este principio se refiere a:

"(...) rasgo de carácter y virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otros. El principio de beneficencia refiere a un enunciado de obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia no son obligatorios, pero algunas formas de beneficencia son obligatorias (...)". (Beauchamp & Childress, 2013)

Algunas reglas morales de beneficencia que prima facie obligan al sujeto activo son: *"(...) proteger y defender los derechos de otros; prevenir causar daño a otros; eliminar condiciones que causen daño a otros; ayudar a personas con incapacidad; y rescatar a personas en peligro (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

Agregan que las reglas de la beneficencia *"(...) exponen requerimientos de acción positivos; no siempre deben ser seguidas en forma imparcial; y generalmente no proveen razones para ser penalizadas cuando el agente falla en cumplir con ellas (...)"*. (Beauchamp & Childress, 2013)

Al igual que en el principio de no maleficencia, la ponderación de la acción en aplicación de la beneficencia debe considerar la relación riesgo, costo y beneficio para el sujeto pasivo. (Beauchamp & Childress, 2013)

El juramento Hipocrático impone dos acciones específicas al indicar *"En cuanto a la enfermedad, hagan hábito de dos cosas: ayudar, o al menos, no hacer daño"*.

El problema en el caso de la ponderación y del cumplimiento del juramento Hipocrático es ¿quién toma la decisión sobre lo que es bueno para el caso concreto?

Según Beauchamp y Childress el Paternalismo Médico se ha fundado, y exacerbado actualmente, a partir de los principios de no maleficencia como en el de beneficencia, y además, en el juramento Hipocrático, con el fin de recuperar terreno perdido ante el creciente conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad, la información a la que tienen acceso y los cuestionamientos que, en ejercicio de su autonomía, hacen al médico. (Beauchamp & Childress, 2013)

De esa forma, el médico pesa mucho en las decisiones relativas al plan de acción ante determinada situación, por su posición de poder preponderante, lo que se aumenta exponencialmente si el paciente no tiene capacidad para tomar la decisión o si no tiene información suficiente para hacerlo.

En el caso de los menores intersexuales la situación de paternalismo médico resulta evidente, y podría comprometer el principio de beneficencia. Digo que es evidente porque el recién nacido intersexual no tiene capacidad, libertad ni autonomía para decidir sobre el futuro de su cuerpo, genitalidad y género; los progenitores estarán –en virtud de estereotipos y falacias en torno a la intersexualidad- en un estado alterado que tampoco permitiría la toma adecuada de decisiones en ese momento, e incluso, en los siguientes años. El estado emocional alterado normalmente es considerado una condición mental que impide actuar con lucidez y total dominio de los actos y las situaciones.

En este momento tanto los padres como la persona menor intersexual se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad que impone actuar comedidamente y a dejar de lado la situación de poder del médico o su paternalismo, de cualquier tipo que sea.

Entiendo que el paternalismo pasivo, que podría ser la acción positiva a tomar en el caso de las personas menores intersexuales, impone no realizar el tratamiento prescrito y hacerlo de esa forma mandatorio para los progenitores, siempre ponderando el mejor interés del paciente. Pero en este punto surge un problema legal y de consentimiento sustituto donde los progenitores legalmente

tienen el poder de decidir sobre si se realiza la "cirugía de reasignación sexual" o no, en ejercicio de su potestad parental y tutela.

En este caso, tomar el camino de hacer con miras a respetar la voluntad de los padres o a sustituirla en ejercicio de un paternalismo duro o suave, aún con la intencionalidad de actuar conforme al principio de beneficencia, abre un abanico de probabilidades similar al que esbocé al discutir sobre la no maleficencia.

El principio de Justicia:

Este principio ha sido ampliamente desarrollado desde Aristóteles hasta Rawls en su más reciente propuesta. Ha sido expuesto desde la igualdad formal del individuo frente a sus semejantes hasta la igualdad material que impone condiciones específicas de cada individuo frente al proveedor de soluciones para sus necesidades en un sentido de accesibilidad.

Dos de las teorías más recientes son la "**Teoría de las Capacidades**" (Amartya Sen y Martha Nussbaum) y la "**Teoría del Bienestar**" (Powers y Faden).

La primera esboza diez capacidades medulares que deben estar a disposición del individuo en la sociedad: Vivir una vida normal sin morir prematuramente o existir en un estado disminuido que haga la vida poco valiosa; salud corporal que incluye tener buena salud, nutrición y protección; integridad corporal que implica moverse libremente, estar protegido contra la violencia, y tener oportunidades para la satisfacción sexual y elección reproductiva; sentidos, imaginación y pensamiento que denotan la capacidad de utilizarlos de manera informada y humanizada, ayudado por una adecuada y diversificada educación y en un contexto de libertad de expresión; emocional que implica ser capaz de tener apegos emocionales a cosas y personas de forma que pueda amar, sufrir y sentir gratitud sin que el desarrollo emocional se embote por el miedo, la ansiedad y el gusto; razón práctica en el sentido de ser capaz de tener una concepción de lo

bueno y de reflejarlo críticamente en la planificación de la vida propia; filiación como la capacidad de vivir con sentido en la compañía de otros, con auto respeto y sin humillaciones; otras especies en el sentido de ser capaz de vivir con consideración hacia los animales, plantas y la naturaleza en general; jugar en tanto capacidad de jugar y disfrutar actividades recreacionales; y controlar el ambiente propio como capacidad de participar como un ciudadano activo en las decisiones políticas referentes a la vida y la propiedad.

Cada capacidad es esencial para la vida humana, y no deben empobrecerse más allá del nivel de la dignidad de la persona, siendo que cada capacidad es la base de un Derecho Humano.

La segunda, articula seis dimensiones del bienestar: salud; seguridad personal, raciocinio, respeto, apego y autodeterminación. En esta teoría el rol de la justicia es asegurar un nivel suficiente de cada dimensión a cada persona.

En tales supuestos, el tema de la justicia pasa por la vulnerabilidad, la cual no viene dada solo respecto al acceso a capacidades, sino a políticas públicas y ordenamientos jurídico normativos que faciliten el acceso a los beneficios sociales en igualdad de condiciones.

En el campo de las políticas públicas, que incluye las relativas a la salud, son –usualmente- las más deprimidas, y curiosamente las más explotadas en investigación científica. La carencia de un control o fiscalización adecuada de los procesos científicos de investigación farmacológica es muestra de una política pública que permite tales investigaciones sin control ni fiscalización.

Igualmente, la ausencia de protocolos de atención de poblaciones vulnerables o de guías de atención de casos como la intersexualidad, es una política pública en salud con efectos negativos.

Al no existir guías de tratamiento o protocolos de atención para estas poblaciones no es más que una muestra más del abandono e invisibilización al que estas poblaciones están sometidas.

Atenderlos en los primeros dieciocho meses de vida es mucho más económico que atenderlos hasta la pubertad y luego, si la persona intersexual decide, "intervenirle quirúrgicamente" y seguir en "tratamiento".

Aunque la "incidencia de casos" a nivel mundial y local es baja, ello no quiere decir que no deban ser atendidos, no "intervenidos" sin conocimiento y sin consentimiento. La "solución quirúrgica" es quizás la vía menos costosa para el sistema de seguridad social y para el sistema de salud en general, pero ello no es más que una violación al principio de justicia.

El Derecho Constitucional y los Derechos Humanos

Durante el desarrollo de este trabajo he sido consistente al indicar que la heteronormatividad y la normatividad es un tema crucial en el abordaje de la intersexualidad. ¿Por qué? Porque el Derecho como ciencia social y reguladora de las conductas de los miembros del colectivo debe ajustarse a criterios de normalización que permitan estandarizarlas, y así entregar como producto una suerte de seguridad jurídica en relación con el comportamiento individual de cada uno de sus miembros, fijando derechos y deberes que, curiosamente, se distribuyen desigualmente entre hombres y mujeres. Esto es lo que llamaré para los efectos de este trabajo, Derecho Positivo.

Dentro de esta normalización la concepción binaria del sexo, en este caso el sexo legal (asignado al nacer para efectos de inscripción), no solamente importa un tema estadístico demográfico, sino que para el Derecho y para el orden social es importante saber y conocer quién es el nuevo individuo o persona desde su nacimiento hasta la muerte.

La determinación del sexo legal permite al Derecho, por ejemplo y entre muchas otras posibilidades: establecer la filiación del nuevo ser; determinar la filiación de sus descendientes a futuro (no es lo mismo para el Derecho en nuestro sistema ser mujer u hombre, pues el apellido que se traslada de generación en generación es el del varón); la capacidad de individualizar a la persona con un nombre, fotografía y número de identificación para efecto de ejercer sus capacidades en cuanto a sujeto de obligaciones y deberes; en caso de delitos, identificarle plenamente por medio de su nombre, documento de identidad y fotografía, su participación en un hecho delictivo.

De ahí que ser hombre o mujer en una sociedad patriarcal y heteronormativa, es de importancia vital para este tipo de Derecho.

Ahora bien, no todo el Derecho es Derecho positivo en esencia. Me explico: El Derecho positivo surge a partir del establecimiento del derecho escrito, situación que permite la codificación de las normas con miras a permitir que la totalidad del colectivo social las conozcan y respeten.

Los Derechos Humanos, en tanto normas escritas y contenidas en instrumentos internacionales (Declaraciones y Convenciones, así como incorporados por extensión en Constituciones de todo el mundo), son Derecho positivo formal. Empero, su esencia difiere a las normas de contenido positivo en esencia y forma, que serían las normas de conducta social.

Indiqué líneas arriba que los Derechos Humanos son normas de valor, inscritas en el deber ser al mejor estilo Kantiano. En tal concepción su contenido en esencia es moral y ético, y por ende lejos de la posibilidad de ser encasilladas por su contenido específico y puntual.

Por el contrario, las proposiciones de Derechos Humanos son declaraciones que hacen referencia a aspectos intangibles del ser, que merecen ser respetados y garantizados con miras a permitir que cada persona pueda

disfrutar de un principio que Robert Alexy ha denominado el corolario de los Derechos Humanos y Fundamentales: la dignidad humana. (Alexy, 2003)

En esa abstracción axiológica, los Derechos Humanos son incapaces de ser descritos con precisión. ¿Cómo podríamos describir el Derecho a la Vida, o el Derecho a la Libertad?

Vida y libertad son conceptos jurídicos abstractos que solamente pueden verse materializados a través de acciones, actos que deben garantizarse por los Estados y sus ordenamientos jurídico normativos, para que éstos puedan desarrollarse y permitirle a la persona alcanzar su dignidad como miembro de la especie humana, y manifestar así su vitalidad y libertad.

No por casualidad se ha incluido a estas proposiciones dentro de la clasificación doctrinaria de las normas constitucionales, como normas dogmáticas, sea de dogma como "*(...) postulado que se valora por su condición de firme y verídico y al cual se reconoce como una afirmación irrefutable frente a la cual no hay espacio para réplicas (...)*" (Real Academia Española, 2015)

En tal condición y a partir de su intangibilidad, universalidad, abstracción y ubicación axiológica en los sistemas jurídicos mundiales, los Derechos Humanos son dogmas, son verdades irrefutables ayunas de réplica, son meta ética. ¿Quién puede discutir que un miembro de la especie humana que respire, piense y razone tenga vida, y que esa vida deba protegerse? ¿Quién puede discutir que una persona que puede desplazarse de un lugar a otro, decida autónomica y voluntariamente moverse tenga libertad?

Casi podríamos hablar de proposiciones que alcanzan el puesto de valores absolutos y universales por un acto de fe (no necesariamente religiosa), en tanto sabemos que existen y creemos que existen, pero nadie puede describirlos, concretizarlos conceptualmente, o bien materializarlos.

En razón de la importancia que tienen como estilo de vida; como valores; como principios; como axiología social, política, normativa; como meta ética, su protección ha sido elevada a rango Constitucional.

La Constitución Política de cada Estado ha sido denominada como la Norma de Normas, y también como la Norma Supra Ordenadora. Dentro de sus características está la consistencia y permanencia de los distintos tipos de normas constitucionales, al punto de que algunas alcanzan la denominación de “normas pétreas”, y otras son susceptibles de ser interpretadas extensivamente –nunca restrictivamente- con miras a ampliar su contenido, dentro de ellas, las que declaran Derechos Humanos o Fundamentales, hermenéutica que se hace en aplicación de principios interpretativos como el *pro homine*^{vii} y el *pro libertatis*^{viii}.

Como Norma Suprema del Ordenamiento Jurídico, entonces, una declaración de Derechos Humanos contenida en el texto constitucional es de obligatorio acatamiento, vinculante para todos -incluyendo cualquier forma del poder público constituido-, y coercitividad –en tanto norma suprema constriñe a su respeto y cumplimiento-. (Alvarado, 2013)

En su condición de ética aplicada o práctica, los Derechos Humanos, en tanto valores y principios, implican la praxis generalizada y permanente de sus enunciados. De tal suerte, que llama al colectivo y a cada persona que lo constituye, a su práctica consistente, observación permanente y cumplimiento obediente, tanto en su relación con sus iguales como en la forjada –en las democracias representativas- con el poder constituido. Es, como diría Aristóteles en su “**Ética a Nicómaco**”, una ética de las virtudes.

En ellas se ha reconocido dentro de los atributos del texto constitucional y sus normas, su capacidad de contener o limitar el ejercicio del poder público. De esta manera los enunciados constitucionales que proponen derechos en beneficio o a favor de cada persona imponen un deber correlativo del poder

público de respetar esos derechos, lo que limita el ejercicio de la potestad de imperio que caracteriza a los poderes públicos constituidos.

De aquí se derivan principios tales como el Principio de Legalidad, que enuncia que el funcionario público puede hacer solamente lo que le está permitido por la Ley; y el de interdicción de la arbitrariedad, que responde a la prohibición de actuar en ejercicio del poder público sin fundamento, sin motivación^{ix}.

A la vez, se reconoce que el ejercicio de los derechos individuales o sociales de tipo fundamental (libertades públicas) es limitado. Lo anterior, debido a que el fenómeno histórico-antropológico de la socialización de la especie humana, mutó las libertades -entonces absolutas- a derechos y libertades relativizadas por la interacción humana en sociedad.

Así la moral, el derecho de los terceros y el orden público se erigen en el límite primigenio al ejercicio de los derechos que, en algún momento histórico de la humanidad, se disfrutaban y ejercían en estado absoluto.

Luego, con el Derecho Positivo, la Ley se constituyó en el límite material al ejercicio de estos derechos de carácter fundamental.

Estas dos vertientes, una ético-moral y otra jurídico positiva, es lo que conocemos en Derecho como el Principio de Libertad Jurídica, el que común o popularmente se enuncia como: "Toda persona puede hacer todo aquello que no le esté legalmente prohibido"^x.

El fenómeno del equilibrio del poder entre lo establecido constitucionalmente en el artículo 28 de la Constitución costarricense en favor del pueblo o Nación y lo dispuesto en el 11 del mismo texto normativo, es precisamente fascinante, especialmente en democracias representativas como la que enarbola el Estado Costarricense.

Como garantía de dicho equilibrio y desde los Derechos Humanos, los gobernantes en ejercicio de un poder detentado, constituido y representativo,

deben garantizar a la Nación, a cada habitante o persona, niveles de dignidad humana más allá de lo aceptable o, de lo que Alexy denomina "*mínimo existencial*" (Alexy, 2003)

Para ello no basta que el ordenamiento jurídico normativo infra constitucional enuncie derechos como réplicas del Derecho Constitucional y de los Derechos Humanos integrados al bloque de constitucionalidad del Estado costarricense, sino que ese derecho positivo transite hacia una comunión más real con la sociedad y sus eventos histórico-contemporáneos.

Esas mutaciones del Derecho como ciencia social de contenido histórico racionalista, impone el ejercicio ético de examinar si la dignidad humana consiste únicamente en permitir el acceso a bienes materiales: vivienda, comida, vestido, entre otros; o bien, al respeto a la persona en su autonomía e individualidad, aún como parte de un colectivo social que, valga decir, cada vez es más multicultural y pluralista.

Principios como el Respeto, la Independencia o Libertad, y la Autonomía de la Voluntad, son requisito indispensables para que un individuo de cualquier edad, sexo, credo, género, raza, preferencia sexual, pueda desarrollarse en las sociedades contemporáneas de todo el mundo.

La gran ventaja del Derecho Constitucional y del Derecho de los Derechos Humanos, es que por su universalidad y en tanto sistema axiológico, es aplicable en tutela de derechos de esa categoría en favor de todas las personas, especialmente, aquellos que se encuentren en un alto grado de vulnerabilidad.

Otrora, las poblaciones vulnerables eran consideradas únicamente en cuanto a su acceso a poder adquisitivo o posición económico-social. Actualmente el tema pasa más por un asunto de grupos vulnerables por su condición frente a determinantes sociales, políticos, morales, e incluso jurídicos, que comprometen la individualidad de cada individuo que los compone.

La Real Academia Española define vulnerable como “(...) *Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente (...)*”.

Etimológicamente vulnerabilidad se compone de tres partes de origen latín: *vulnus* que se traduce como “herida”; la partícula *-abilis* que equivale a “que puede”; y el sufijo *-dad*, que es indicativo de “cualidad”. (Real Academia Española, 2015)

Actualmente colectivos como los niños, las mujeres embarazadas, los adultos mayores, las personas con capacidades especiales, entre otros, son considerados grupos vulnerables.

Según Beauchamp & Childress, no podríamos atender únicamente a criterios económicos o de posición social, pues no todas las mujeres embarazadas, por ejemplo, son pobres, pero todas las mujeres embarazadas son vulnerables. (Beauchamp & Childress, 2013). Igual sucede con los niños, los adultos mayores, los privados de libertad, las personas con capacidades especiales y, evidentemente, las personas intersexuales.

De tal suerte que el respeto y la garantía de intervención del Estado a favor de estas poblaciones es mandatorio desde el Derecho de los Derechos Humanos, el Derecho Constitucional y el Ordenamiento Jurídico Positivo –como derivación y desarrollo de los contenidos constitucionales-. Este último debe materializar esos principios y valores éticos a través del respeto a los derechos de libertad y autonomía de estas personas a través de leyes que así lo estipulen.

La relación entre los Derechos Humanos y la Bioética: El Bioderecho

Tal vez el ejercicio más difícil es articular una relación lógico racional entre la Bioética y el Derecho.

Mi experiencia forense en Derecho Constitucional y Derechos Humanos me ha permitido palpar esta realidad al hablar de Bioética con mis colegas.

La primera impresión es la sorpresa cuando les comento mis estudios en esta especialidad, sorpresa que se sigue de una pregunta típica: "¿Eso qué es?"; y posteriormente: "¿Qué tiene que ver eso con Derecho?"

Parece ilógico que un especialista en Derecho Constitucional, Derechos Humanos y Derechos Fundamentales no considere a la Bioética en la práctica profesional jurisdiccional, como un parámetro válido para el análisis de las violaciones al Bloque de Constitucionalidad en un Estado, a pesar de la interconexión tan fuerte que existe entre ambas especialidades.

Evidentemente no pretendo extenderme en este tema, que bien podría desarrollar en uno o varios artículos posteriores, pero trataré de establecer puntualmente un vínculo suficiente para los efectos de este trabajo.

German J. Bidart Campos, constitucionalista argentino, dice que:

"(...) es precisamente la interdisciplinariedad de la Bioética con el derecho constitucional y con el derecho internacional de los derechos humanos lo que permite la tarea de recíproca complementación, en la búsqueda de aquel conjunto de condiciones necesarias que convergen a la dignidad de la persona humana"; y agrega que "sin una valoración eminente de la persona, de su dignidad, de su centralidad, la Bioética se deshumaniza (...)" (Bidart Campos G. , 1998).

Diego Gracia, esboza una interrelación y vinculación entre ética y derecho a pesar de que son distintas, y propugna por respetar la autonomía de cada uno de los dos ámbitos de forma tal que *"(...) permita su influencia recíproca: de la ética como instancia crítica del derecho, y el derecho como expresión positiva y práctica de la ética (...)" (Gracia, 2008).*

Quizá el primer esbozo de la relación entre Bioética y Derechos Humanos lo encontramos en el Código de Núremberg (producto de los juicios de la postguerra) y la posterior universalización de los Derechos Humanos en la denominada "Declaración Universal de los Derechos Humanos".

Tanto en el Código de Núremberg como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la dignidad inherente al ser humano es lo que se erige

como común denominador, pues en ambos momentos históricos lo que se juzgó primero fueron hechos históricos que atentaron contra la condición humana, y luego, se universalizó un sistema de derechos de la especie humana capaces de ser protegidos y resguardados preventivamente, y como principios y valores éticos, en beneficio de la especie humana.

Si analizamos la realidad mundial en relación con los Derechos Humanos, encontramos puntos medulares que interesa a este apartado: la dignidad humana y el derecho a la salud.

Estos dos, en el marco de las distintas declaraciones y convenciones sobre Derechos Humanos son el elemento fundante de lo que además conocemos como Bioderecho, y que está relacionado ya no solamente con esos elementos, sino también con todo lo relativo a la biotecnología, la ingeniería genética, los trasplantes de órganos, la investigación científica, la dignidad en la fase terminal, los testamentos vitales, entre otros, pero todo relacionado con la salud y la dignidad de la persona humana.

En cuanto a esta última, es importante indicar que el concepto "dignidad" es bastante ambiguo, aunque como dice Cristian Borgoño Barros "(...) esta ambigüedad es más patente en la reflexión bioética que en la biojurídica", y que esto "expresa también la dualidad de planos de la dignidad humana: como principio ético y como principio jurídico (...)". (Borgoño Barros, 2009)

Igualmente apunta que existen dos enfoques en debate sobre la dignidad, no solo en el campo de lo bioético sino especialmente en el jurídico: el ontológico y el funcional:

"(...) el primero consiste básicamente en reconocer valor normativo a la pertenencia a un conjunto de seres de igual entidad ontológica, en este caso, la especie humana. Basta la sola pertenencia a esta especie para ser inmediatamente portador de una dignidad. Este es claramente el sentido que el adjetivo "inherente" pretende dar al sustantivo "dignidad" en el preámbulo de la Declaración y, en general, en los documentos de bioderecho se tiende a seguir esta interpretación si se considera que los sujetos incapaces de

auto determinarse son también considerados sujetos de derecho (...). (Borgoño Barros, 2009)

Sobre la interpretación funcional dice que:

"(...) consiste en fundarla en una capacidad, normalmente la autodeterminación, y por lo mismo en excluir a todo aquel que no es capaz de autodeterminarse aún (vida prenatal o también neonatal) o ha perdido esta capacidad (por ancianidad o enfermedad) o no la adquirirá nunca (discapacidades graves). Esto no implica necesariamente que se pueda disponer de modo arbitrario de estas categorías de seres humanos, pero evidentemente no se les concede el estatuto de sujeto de derechos, en cuanto sus intereses quedan a merced de los intereses de otros. Esta interpretación de la dignidad no sólo puede ser gravemente discriminatoria, sino también contrasta claramente con la progresiva tendencia a la extensión de la titularidad de los derechos humanos (...). Afirmación fundamental de esta corriente es la distinción filosófica, pero con consecuencias jurídicas concretas, entre persona y ser humano, que para un enfoque ontológico de la dignidad resulta intolerable. (...)" (Borgoño Barros, 2009)

Dependiendo de la aplicación de un enfoque u otro, el ordenamiento jurídico interno regulará en su legislación local, lo que evidentemente comprometerá en algunos casos la dignidad humana de las personas de determinados colectivos, especialmente los vulnerables, en temas bioéticos desde el derecho positivo, impactando irremediablemente los Derechos Humanos.

En este punto, pareciera más beneficioso interpretar ontológicamente la dignidad humana, que hacerlo a partir de un criterio funcional que resulta altamente discriminatorio de poblaciones vulnerables o vulnerabilizadas social, cultural, política y económicamente, con el discurso y la justificación velada de sus capacidades (o ausencia temporal o permanente de ellas), como si al carecer de ellas dejaran de ser humanos y sujetos de derecho.

De lo anterior, queda claro que la protección de las poblaciones vulnerables, ergo de las personas intersexuales (en especial los menores de edad y recién nacidos), es un asunto no solo de Bioética, sino de Derechos

Humanos que debe ser adecuadamente tutelado y protegido en el plano práctico por el Derecho Positivo.

8. LA INTERSEXUALIDAD: CAPÍTULO COSTA RICA

En el caso costarricense la intersexualidad no ha dejado de ser considerada una "patología o enfermedad" por parte de los médicos y los equipos de atención en salud.

Su "diagnóstico como enfermedad" en la etapa neonatal y pediátrica, y la preponderancia de criterios fundamentalistas de médicos pediatras reconocidos, ha decantado el abordaje de estas personas, a edades muy tempranas, a través de "procedimientos quirúrgicos" que denominan "correctivos y normalizadores".

Estos agentes de la perpetuación fundamentalista o dogmática de una práctica inadecuada e inadaptada a los tiempos actuales, se niegan a modificar sus conductas catalogando todo lo demás -que no encaja en su práctica ortodoxa de la cirugía de reasignación-, como locura, extremismo o anormal.

En Costa Rica el ejemplo más claro de este tipo de posiciones lo esgrime el doctor Orlando Urroz, cirujano Pediatra del Hospital Nacional de Niños, quien tiene 38 años de laborar en esa institución, ha sido Sub-Director y hasta enero de 2015 Director Médico a.i. de ese Hospital, y quien en su vida profesional había "operado" -a noviembre de 1997- "a más de 100 niños con esta patología" (Castillo Nieto, 1997).

Digo criterios fundamentalistas refiriéndome a posiciones intransigentes y su aplicación práctica de doctrinas o procedimientos de la misma línea, en este caso no relacionadas con credos o creencias de algún tipo.

Resulta fundamentalista aquella persona que por temor a enfrentar cambios o a la modernidad, en lo que hace o debe hacer, prefiere continuar haciéndolo de la misma forma, aunque no sea la mejor o la correcta, pero es la aceptada, convirtiendo su práctica en una forma de rechazo a las consecuencias secularizadoras de la modernidad.

El fundamentalismo pragmático en el caso de los intersexuales se ve plasmado en la perpetuación de la "solución quirúrgica" por parte de médicos como el Doctor Urroz, amparados en un discurso dogmático que califica su actuación de correcta, frente a otros movimientos seculares de la modernidad que pugnan por abandonar esas prácticas por otras menos dañinas a la dignidad humana de los intersexuales, y que son calificadas por los fundamentalistas como extremistas.

Me atrevo a afirmar tanto que el criterio del doctor Urroz es altamente autorizado (ergo poderoso e influyente para el paciente o para los progenitores de un neonato intersexual); como que su posición es fundamentalista, por lo siguiente.

Su posición de poder dentro de la estructura político organizativa del Hospital Nacional de Niños, su exitosa carrera profesional como médico cirujano Pediatra, es un *palmarés* importante a considerar por cualquier progenitor que sea atendido por esta autoridad médica nacional. Ello hace que su criterio sea preponderante al momento de abordar la atención médica de los menores de edad sometidos a su criterio médico, y pesará muchísimo en la decisión de los progenitores sobre si someten o no a "cirugía" a su recién nacido(a) intersexual.

Esto no es negativo, en absoluto. Pero si tal poder lo colocamos en contexto con dos entrevistas periodísticas publicadas en la Revista Dominical de La Nación y en el Periódico Al Día, ambos de Costa Rica, y en dos momentos distintos (23 de noviembre de 1997 y 06 de setiembre de 2009), podemos observar claramente una posición fundamentalista.

En el artículo publicado en 1997, el doctor Urroz, como especialista en la atención de personas menores de edad intersexuales opinó, utilizando un lenguaje heterosexista, lo siguiente:

"(...) los bebés que nacen con estados intersexuales sí tienen sexo, aunque para decir a los padres si el (sic.) hijo es varón o mujer es indispensable efectuar una serie de exámenes. El 98 por ciento de los

infantes que presentan ambigüedad sexual son niñas y solo el 2 por ciento, hombres. **Lo que ocurre es que las chiquitas nacen "masculinizadas"** (pueden tener pene y testículos, o solo un miembro viril pequeño, según la severidad del caso), pero poseen útero y ovarios; además, otros exámenes demuestran que tienen cromosomas femeninos. Actualmente, los expertos recomiendan que la primera cirugía -que consiste en quitar el falo- se haga entre los tres y seis meses de edad. Por lo general, en esa misma intervención el cirujano forma la cavidad vaginal, salvo en casos muy severos en que se necesitan operaciones posteriores. Cuando la afección es a la inversa, los "**varoncitos**" nacen con un falo o pene muy pequeño, y usualmente requieren tratamientos con hormonas. Después, la única diferencia entre estos menores y todos los demás es que deberán mantenerse en control médico durante varios años, pero el resto de su vida será normal: llegarán a la pubertad, tendrán relaciones sexuales y las mujeres podrán quedar embarazadas (...)" (Castillo Nieto, 1997) (el subrayado, entrecorinado y negrita es mío)

Indica la autora del artículo que:

"(...) este tipo de atención así como las cirugías, solo se realizan en el Hospital Nacional de Niños y están a cargo de un equipo multidisciplinario formado por un endocrinólogo, un genetista, una enfermera, trabajadoras sociales, psicólogas, un anesthesiólogo y Urroz Torres como cirujano especializado (...)" (Castillo Nieto, 1997)

En el artículo publicado en 2009 en el periódico Al Día, a la pregunta del periodista Franklin Arroyo González sobre qué opinaba de que algunos dicen que lo ideal es permitir que la persona decida su género en la adolescencia, el Doctor Urroz respondió, asumiendo una posición fundamentalista, lo siguiente:

"(...) **Es una teoría equivocada, nueva, de algunos grupos "extremistas"**. Desde el punto de vista psicológico es inadecuado, para el niño y para la familia. ¿Cómo le va a decir usted a un niño que vaya al kinder y que diga que ni es hombre ni es mujer? Eso no funciona en la sociedad (...)" (Arroyo González, 2009) (el subrayado, entrecorinado y negrita es mío)

En ambos casos, aún con doce años de diferencia entre una y otra entrevista, el mismo médico indica que ante todo caso de intersexualidad la "intervención quirúrgica" es la norma, con el agravante de que, aún en el 2009, el Doctor Urroz consideraba que permitir que la persona decida su género en la adolescencia es **"una teoría equivocada, nueva, de algunos grupos extremistas"**.

Desconoce así, y prefiero decir que a propósito, que el tema de la intersexualidad y la no "intervención quirúrgica" de estas personas en edades tempranas, es un asunto que ya se discutía por Cheryl Chase^{xi} desde mediados de 1996 ante la Academia Pediátrica Norteamericana; y en el año 2000, por la misma activista, ante el Congreso de la Sociedad Pediátrica Endocrinológica Lawson Wilkins (SPEDLW), prestigioso congreso médico norteamericano.

Igualmente la Asociación Pediátrica Americana de los Estados Unidos, en su **"Consensus Statement on Management of Intersex Disorders"** (Pediatrics, 2006), ya planteaba la posibilidad de no intervenir menores de dieciocho meses de edad, pues los primeros signos de la identidad de género surgen a los tres años y quizás se definan hasta la pubertad, por lo que la cirugía no estaba indicada en todos los casos y solamente en aquellos cuya intersexualidad implicara un problema para el desarrollo fisiológico, de salud (riesgos de cáncer o mal funcionamiento genito urinario), o psicosocial del menor, y para su adultez.

De ahí que resulta incomprensible que aún en el siglo XXI en Costa Rica, el abordaje de estas personas continúe siendo el mismo, ¿no es ello un tema de fundamentalismo?

Sobre el abordaje Bioético y las guías de atención

Por otra parte, según información verbal brindada por la doctora Carmen Di Mare Hering, del Área de Bioética del CENDEISS de la Caja Costarricense de Seguro Social, cada uno de los casos que se presentan son abordados por el Comité de Bioética, el cual –aunque transdisciplinario- no necesariamente está constituido por especialistas en las áreas de abordaje de las personas intersexuales (interdisciplinario) que sí toman decisiones con los progenitores para la "intervención quirúrgica" antes de los dieciocho meses de edad.

Además, dejó claro que no existen guías de atención de estas poblaciones a nivel institucional.

Para verificar dicha información se envió un cuestionario a los profesionales Carmen Di Mare Hering, Erick Richmond Padilla y Hazel Gutiérrez Ramírez, por su orden Jefe del Área de Bioética del CENDEISS, Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional de Niños y Miembro del Comité Local de Bioética del Hospital Nacional de Niños (ver anexos 1, 2 y 3), pero nunca fueron respondidos, lo que lleva a realizar el análisis a partir de los documentos disponibles.

Sobre la incidencia de casos y clasificación estadística

No obstante que la "incidencia de casos" no es significativa en relación con la población total, desde 1997 al 2014, todos los años se reportó al menos 01 caso y máximo 14 de egresos por "sexo indeterminado" y "pseudohermafroditismo" en el Hospital Carlos Sáenz Herrera, Hospital Nacional de Niños, el cual reportó la mayor cantidad de "casos" de todo el sistema hospitalario (100 del total de 218 casos). (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

El "diagnóstico principal" en esos diecisiete años en todo el sistema hospitalario nacional fue de: "70 casos de Hermafroditismo" no clasificado en otra parte; "01 caso de pseudohermafroditismo masculino" no clasificado en otra parte; "03 casos de pseudohermafroditismo femenino" no clasificado en otra parte; "02 casos de pseudohermafroditismo" no especificado; 138 casos de sexo indeterminado sin otra especificación; y "04 casos de hermafroditismo verdadero 46XX". (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

De 218 casos, 62 fueron hombres; 59 de ellos fueron menores de un año; 01 entre uno y cuatro años; y 02 entre diez y catorce años. (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Por su parte, de la misma "muestra de incidencia", 52 fueron mujeres; 27 menores de un año; 07 entre uno y cuatro años; 05 entre cinco y nueve años; 07

entre diez y catorce años; 02 entre quince y diecinueve años; 03 entre veinticuatro y cuarenta y cuatro años; y 01 entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años. (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Finalmente, se reportaron como "indefinidos" un total de 104 individuos. (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Marco Jurídico aplicable

Según he dicho, la relación directa entre la Bioética y los Derechos Humanos radica, principalmente, en el concepto de dignidad humana, más no solamente en ella.

Principios de igualdad, autonomía, libertad, respeto, independencia, responsabilidad y privacidad, también son componentes esenciales a considerar en el tratamiento de las poblaciones intersexuales.

Evidentemente, la integración de la normativa jurídica es fuente importante para la atención de las personas intersexuales, y lo es aún más la hermenéutica jurídica de las normas que conforman el Bloque de Constitucionalidad, lo que se debe hacer en aplicación de los principios *pro homine* y *pro libertatis*.

De ahí que resulte importante para este trabajo establecer el marco jurídico imperante y vigente, ergo aplicable, para el resguardo y protección de las personas que componen este colectivo.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Uno de los aspectos medulares para esta Declaración Universal es precisamente el contenido de su artículo 1.

Las Naciones Unidas considera, prima facie, que todo ser humano, ergo toda persona (en la terminología utilizada en esta y otras declaraciones), es libre e igual en dignidad. Esto implica que no existen categorías ni sumisiones en las relaciones de Derechos Humanos, lo que elimina la posibilidad de que el poder

constituido sea el único capaz de tomar decisiones en nombre y representación de sus poderdantes, y más bien instituye un nuevo régimen de poderes en equilibrio, donde la autonomía de la persona para decidir está ligada a su ulterior condición de dignidad. La fórmula que se propone para lograrlo es a través de la conciencia y de la razón, la cual se perfecciona a partir del acceso a la información.^{xii}

El artículo 2 y el 7 amplían el principio y condición primaria de igualdad, y establecen un derecho en beneficio de toda persona: el derecho a la no discriminación. Nadie puede ser discriminado por razón alguna, sexo, religión, condición económica, *etcétera*, y especialmente -y cito- "cualquier otra condición".

El motivo de citar esa frase específica de este artículo es a propósito. Si los intersexuales se encuentran en "estados" o en "condiciones", evidentemente el término citado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos les alcanza en tanto protección contra cualquier acto de discriminación.^{xiii}

Tanto el artículo 1 como el 2, establecen el núcleo duro de la dignidad humana, que se completa con la declaración contenida en los artículos 5 (que proscribire los tratos crueles, inhumanos o degradantes); y el 12 (que impone la prohibición de injerencias arbitrarias en la vida privada, ataques a su honra o a su reputación, y obliga a los Estados partes a sistematizar una garantía de protección contra tales injerencias o ataques)^{xiv}.

De ahí que existe un bloque ético y normativo que demanda a los Estados, en el plano universal, la protección de toda persona sin distinción alguna, así como la protección de su integridad, sus proyectos de vida y la garantía de sistematizar, no solo mecanismos de defensa ante los atropellos que pudiere sufrir, sino también normas jurídicas que garanticen la consecución de sus proyectos vitales sin interferencia alguna, con miras a alcanzar la plenitud del disfrute de su dignidad humana.

Enunciado especial merece el artículo 6 de esta Declaración, el cual dispone el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica de cada ser humano (persona).

El término personalidad jurídica contenido en esta Declaración es mucho más amplio que el que restrictivamente se le asigna por el Derecho. El término concebido en este artículo impone el amparo y la protección de la persona para que ejerza en total plenitud toda su capacidad jurídica.

Este concepto de personalidad jurídica ligado a la teoría de las capacidades citada en capítulo anterior, permite comprender todo el espectro que alcanza a la condición de persona desde la Declaración, y dimensionando adecuadamente la condición de persona frente a poderes constituidos que pretendan su esclavitud o invisibilización, como sucedió en tiempos pasados con poblaciones vulnerabilizadas por el poder, como las mujeres.

El desarrollo de normativas de protección de estos derechos en los países parte es mandatorio, nunca optativa. Por ello extraña mucho que en Costa Rica la discusión jurídico normativa relacionada con las personas intersexuales, y la tutela de sus derechos, especialmente los referidos a la libertad y autonomía aplicados al consentimiento informado de los menores de edad intersexuales frente a los tratamientos médicos, sea inexistente.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

Esta Declaración Universal, aprobada en la trigésimo tercera Conferencia General de la UNESCO, celebrada en París entre el tres y el veintiuno de octubre de dos mil cinco, establece en su artículo 5, un enunciado medular: el respeto por la autonomía de la persona en la toma de decisiones, e introduce un principio de responsabilidad que no es típico de la Bioética, sino de desarrollos teóricos como el de Hans Jonas en su obra **“El principio de Responsabilidad”**.

Jonas parte de que:

"(...) Todas las éticas habidas hasta ahora -ya adoptasen la forma de preceptos directos de hacer ciertas cosas y no hacer otras, o de una determinación de los principios de tales preceptos, o de la presentación de un fundamento de la obligatoriedad de obedecer a tales principios compartían tácitamente las siguientes premisas conectadas entre sí: 1) La condición humana, resultante de la naturaleza del hombre y de las cosas, permanece en lo fundamental fija de una vez para siempre. 2) Sobre esa base es posible determinar con claridad y sin dificultades el bien humano. 3) El alcance de la acción humana y, por ende, de la responsabilidad humana está estrictamente delimitado (...)" (Jonas, 1995)

Jonas habla de una nueva dimensión de la responsabilidad al indicar que:

"(...) La técnica moderna ha introducido acciones de magnitud tan diferente, con objetos y consecuencias tan novedosos, que el marco de la ética anterior no puede ya abarcarlos. El coro de Antígona sobre la «enormidad», sobre el prodigioso poder del hombre, tendría que sonar de un modo distinto hoy, ahora que lo «enorme» es tan diferente; y no bastaría ya con exhortar al individuo a obedecer las leyes. Además, hace tiempo que han desaparecido los dioses que en virtud del juramento recibido podían poner coto a las enormidades del obrar humano. Ciertamente, los viejos preceptos de esa ética «próxima» -los preceptos de justicia, caridad, honradez, etc.- siguen vigentes en su inmediatez íntima para la esfera diaria, próxima, de los efectos humanos recíprocos. Pero esta esfera queda eclipsada por un creciente alcance del obrar colectivo, en el cual el agente, la acción y el efecto no son ya los mismos que en la esfera cercana y que, por la enormidad de sus fuerzas, impone a la ética una dimensión nueva, nunca antes soñada, de responsabilidad (...)" (Jonas, 1995)

Sin intención de descontextualizar a Jonas (pues su enfoque es más ecologista), me parece que su teoría, al exponer el nuevo papel del saber en la moral, es un parámetro perfecto para el abordaje de las poblaciones intersexuales, pues el conocimiento como producto del saber, permite tomar decisiones más adecuadas y ajustadas a la realidad circundante.

En su obra Jonas expone:

"(...) En tales circunstancias el saber se convierte en un deber urgente, que trasciende todo lo que anteriormente se exigió de él: el saber ha de ser de igual escala que la extensión causal de nuestra acción. Pero el hecho de que realmente no puede ser de igual escala esto es, el hecho de que el saber predictivo queda rezagado tras el saber técnico que proporciona poder a nuestra acción, adquiere por sí mismo relevancia ética. El abismo que se abre entre la fuerza del saber previo y la fuerza de las acciones genera un problema ético nuevo. El reconocimiento de la ignorancia será, pues, el reverso del deber de saber y, de este modo, será

una parte de la ética; ésta tiene que dar instrucciones a la cada vez más necesaria autovigilancia de nuestro desmesurado poder. Ninguna ética anterior hubo de tener en cuenta las condiciones globales de la vida humana ni el futuro remoto, más aún, la existencia misma de la especie. El hecho de que precisamente hoy estén en juego esas cosas exige, en una palabra, una concepción nueva de los derechos y deberes, algo para lo que ninguna ética ni metafísica anterior proporciona los principios y menos aún una doctrina ya lista (...). (Jonas, 1995)

La frase que más llama la atención de esta afirmación Jonasiánica es **“El reconocimiento de la ignorancia será, pues, el reverso del deber de saber y, de este modo, será una parte de la ética; ésta tiene que dar instrucciones a la cada vez más necesaria auto vigilancia de nuestro desmesurado poder”**.

La ignorancia no es simplemente ausencia de conocimiento, sino incertidumbre respecto de las consecuencias futuras de las decisiones. Los actos humanos normalmente se ejecutan a partir de un proceso racional que pasa por el filtro de las probabilidades, por lo que no necesariamente en todos los casos el resultado sea matemáticamente exacto.

Esto enmarca las acciones humanas en la incertidumbre, de la cual no pueden escapar los actos médicos. Así, partir de que todos los casos de intersexualidad deben ser abordados a partir de la misma “técnica médica” resultaría en un ejercicio irresponsable, pues la relación causal entre el acto y el futuro de la persona “intervenida médica y quirúrgicamente”, siempre será incierto.

Esta situación se agrava con el hecho de que en el caso de los menores intersexuales, la responsabilidad de la decisión no está en manos del sujeto o individuo intersexual, sino de terceras personas que deciden sobre su futuro.

De ahí que dimensionar adecuadamente este principio en la práctica médica, en el ejercicio de la patria potestad y en la toma de decisiones sustitutas en relación con personas menores intersexuales, es de importancia suma, y por ello el mismo artículo termina estableciendo que *“(...) Para las personas que*

carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses (...).^{xv}

El otro aspecto relacionado con la autonomía y la voluntad, o con lo que se ha llamado en conjunto "Autonomía de la Voluntad", es lo referido al Consentimiento Informado.

Los artículos 6.1 y 7 de esta Declaración Universal establecen la necesaria concurrencia de un estado de libertad y de debida información a la persona para la toma de decisiones relacionadas con procedimientos médicos de cualquier tipo.

La toma de la decisión no implica solamente la capacidad de consentir la intervención médica, sino la de decidir revocar dicha autorización.

En el caso de los intersexuales, especialmente de los menores, este derecho debe dimensionarse adecuadamente.

Si los Estados deben protección a los menores, incluidos los intersexuales por principio de igualdad y derecho a la no discriminación, entonces se deben implementar normas jurídicas que tutelen su libre capacidad de decisión. Esto implica una protección máxima en beneficio de este derecho antes de obtener la capacidad cognoscitiva sobre la información fundante del consentimiento requerido.

Ello debe ser así por cuanto decidir autorizar la "intervención médica" con todas sus consecuencias posteriores impone igualmente la capacidad de decidir si se revoca tal autorización, y solamente la persona intersexual está en condición de saber si quiere o no someterse a determinados "tratamientos y procedimientos médicos".

Es aquí cuando se quiebra la posibilidad parental de sustituir la voluntad del menor en ejercicio de la patria potestad. Según el precepto número 7 de la Declaración analizada, se deberá *"conceder protección especial a las personas*

que carecen de la capacidad de dar su consentimiento", y en su aparte a) indica que:

"(...) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación (...)". (UNESCO, 2005)

Ningún menor de edad, menos menores de dieciocho meses de nacidos, están en capacidad de estar asociados *"(...) en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento y de su revocación (...)"*, por lo que en el mejor interés del menor o protección del interés superior del menor, lo procedente es que las decisiones de "intervención quirúrgica" de menores intersexuales no se realicen hasta que el menor haya alcanzado ese nivel de aprehensión de las implicaciones de su decisión.

Cuando la Declaración analizada, en su artículo 8 habla de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal, parece que, conforme a lo que he venido desarrollando, los menores intersexuales son una población que merece toda esa protección.

Ya se ha dicho y sostenido sobre la condición de vulnerabilidad de los menores de edad, pero el artículo 8 agrega un elemento especial cuya inclusión no es ni accidental ni una ocurrencia.

La integridad de la persona se puede imaginar como una esfera contentiva de todos los atributos del individuo. Sea, tanto su parte física como psíquica, moral, ética y subjetiva, es lo que integralmente define al individuo. Cualquier acto que atente contra cualquiera de esos componentes de la integridad, golpearía directamente la dignidad, y por ende están proscritos.

Un tratamiento cruel y degradante no es solamente aquél que se materializa en actos de tortura o vejaciones. Bien puede el acoso, el *"bullying"*, la

manipulación, o cualquier otro mecanismo de imposición de un sujeto sobre otro, convertirse en una forma de atentar contra esa integridad.

Muchas veces los actos humanos persistentes y continuos golpean tanto la psiquis y la moral de las personas que le vulneran por completo y, muchas veces, logran que atenten contra su propia vida.

Por ello la protección de la integridad de la persona menor intersexual, como persona vulnerabilizada por el sistema heteronormativo y binario-sexual, es mandatoria. No hacerlo compromete gravemente en su perjuicio derechos que, por demás está decirlo, deben ser resguardados por el interés superior del menor.

Por su parte, el artículo 11 incluye un elemento importantísimo: la no estigmatización, y la proscribire absolutamente.

Según pudimos desarrollar anteriormente en relación con el tema de la lingüística y los discursos argumentativos, la definición de intersexualidad como una "condición patológica, medicalizada, y corregible por abominable", es una forma de estigmatización, parte de un discurso político que busca mantener a las personas intersexuales ligadas a "procedimientos quirúrgicos" costosos y, a veces, experimentales, y que no garantizan a futuro la correspondencia entre la genitalidad asignada y el género.

De ahí que debe abandonarse el uso de terminologías y conceptos que faciliten la entronización de estas formas de estigmatización que finalmente son el fundamento para la discriminación que sufren las personas intersexuales.

Esto es mandatorio en la Declaración analizada y por ende no es optativo para las autoridades médicas y en salud de Costa Rica.

Empero, aún se siguen utilizando conceptos como "sexo indeterminado", "hermafrodita verdadero", "pseudohermafrodita masculino y femenino", para referirse a personas intersexuales, y en muchos casos, en los expedientes

clínicos, se les anota como "homosexuales" con miras a clasificarlos o categorizarlos para ser tratados médicamente. (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989)

Esta Convención fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y tiene plena vigencia en Costa Rica.

El artículo primero establece el rango de protección de la Convención, estableciéndolo a favor de toda persona menor de dieciocho años los que para todos los efectos serán considerados niños.

Este numeral es importante en razón de que establece una sola categoría de niños: todos los menores de dieciocho años para nuestra legislación. En ese caso, no existen categorías de niños para la protección diferenciada de sus derechos, por ejemplo, de 0 a 06 años, de 06 a 12 años y de 12 a 18 años; ni por madurez o inteligencia emocional: niños, pubertos, jóvenes o adultos jóvenes.

Al igual que la Declaración Universal sobre Derechos Humanos, esta Convención incluye la frase "o cualquier otra condición" como parte de la protección contra cualquier acto discriminatorio en perjuicio de los niños y niñas, por lo que los menores intersexuales no están excluidos de esta protección. (UNICEF, 1989)

Como se indicó anteriormente, el artículo 3 de la Convención impone como consideración primordial a atender "el interés superior del niño", lo que incluye "*(...) la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas (...)*". (UNICEF, 1989)

Podría considerarse, que el interés superior del niño o de la niña intersexual es que se le defina un sexo fisiológico, un género y que se pueda

insertar con "normalidad" a la sociedad. Este argumento puede resultar falaz, pues la experiencia de muchos intersexuales que han sido "intervenidos" en su niñez temprana con miras a evitarles problemas posteriores han terminado rechazando el género y el sexo asignados, y terminan transitando hacia el género opuesto.

En tales supuestos y ante la incertidumbre, la decisión más responsable sería permitir que sea el propio individuo intersexual quien decida una vez que se haya empoderado de su identidad de género y de su capacidad de decisión informada, lo que implica, como lo dice el artículo citado, el deber de los Estados partes de tomar todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas con miras a garantizar la protección de ese interés superior.

Con incidencia directa en el Consentimiento Informado del Menor intersexual, el artículo 12 de la Convención establece la garantía de que el niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, exprese su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño, y se le dará la oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que le afecte. (UNICEF, 1989)

Este artículo impacta directamente el Consentimiento Informado en la "intervención quirúrgica" temprana de los menores intersexuales al establecer un límite temporal a la acción médica en edades en que el menor no pueda opinar, formarse un juicio propio y pronunciarse sobre el "procedimiento médico" a aplicar.

Ese límite temporal debe complementarse con criterios de edad y madurez del menor, para que su nivel cognoscitivo resulte suficiente para la toma de decisiones informadas. De lo contrario, cualquier decisión tomada en sustitución de su voluntad será nula o con capacidad de ser intervenida jurisdiccionalmente

por cualquier Tribunal Constitucional en defensa de los derechos y libertades de la persona menor de edad, en este caso, de los menores intersexuales.

He de reiterar, a este punto, una salvedad que ya había expuesto: mis planteamientos parten del hecho de que no toda condición de intersexualidad debe ser tratada igual; también, que reconozco que existen grados de intersexualidad que bien pueden ameritar intervención médico quirúrgica si fisiológica y biológicamente es imposible que el menor se desenvuelva plenamente; finalmente, que los "criterios médicos" respecto a lo que es enfermedad o no, sean revisados con miras a establecer qué grado de intersexualidad amerita una "intervención" emergente y cuáles no, pues partiendo del principialismo biomédico, el médico debe intervenir siempre que la vida y la salud estén en peligro, pero no en aquellos casos en que la condición no compromete el estado vital del individuo.

Continuando con el análisis normativo de la Convención que interesa, el artículo 16 enuncia una interdicción de la injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada del menor, y de ataques ilegales a su honra o reputación, e impone una garantía de protección de la ley contra esas injerencias.

En el entendido de que estamos en presencia de Derechos Humanos cuya interpretación es extensiva, nunca restrictiva, puedo cavilar un poco sobre lo que bien puede considerarse una injerencia arbitraria o ilegal en su vida.

La toma de decisiones en sustitución de la voluntad de un menor intersexual bien puede constituir una violación o actuación ilegal de quien lo haya hecho, máxime si tal acto ilegal se constituye en una injerencia arbitraria (en el sentido de infundada) en su vida.

La "intervención quirúrgica" del menor intersexual bien puede constituirse en la alteración grave -a futuro- de su proyecto de vida, lo que finalmente acabaría convirtiéndose en una injerencia arbitraria, en tanto el fundamento para la toma de decisión es incierto en cuanto a los alcances de la misma a futuro, y no existe

criterio médico que pueda garantizar que la identidad sexual asignada se corresponderá definitivamente con la identidad de género resultante en la adultez.

En el marco de la protección en salud, el artículo 24.3, establece el mandato a los Estados Partes para que adopten "(...) *todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños (...)*".

Aquí debemos entender que si existen consensos de asociaciones pediátricas a nivel internacional sobre la no intervención quirúrgica a edades tempranas del niño o niña intersexual, y si este artículo de la Convención obliga a erradicar las prácticas tradicionales que internacionalmente han sido consideradas perjudiciales para la salud de los niños, entonces ¿por qué en Costa Rica se siguen realizando cirugías de reasignación sexual a menores intersexuales en todos los casos? ¿No es esta una práctica tradicional que debe erradicarse en protección de estos colectivos?

Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959)

El principio 1 de esta Declaración reitera el principio de igualdad y el derecho a la no discriminación, dentro de la cual se puede incluir la condición de intersexualidad del menor de edad en el enunciado o frase "u otra condición". Este enunciado se completa con la proposición de proscripción de la discriminación contenida en el principio 10 de la Declaración. (ONU, 1959)

Por su parte el principio 2 enuncia el deber del Estado de dispensar al menor "(...) *las condiciones para desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad (...)*". (ONU, 1959)

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) (OEA, 1969)

Esta Convención, suscrita en Costa Rica, establece en su artículo 1.2 la equiparación jurídico normativa de ser humano y persona, y a la vez proscribire cualquier trato discriminatorio en perjuicio de cualquier persona, lo que enuncia su igualdad en materia de Derechos Humanos.

Es medular entender la importancia y alcances de este principio de igualdad en todo el tema relativo a la intersexualidad, pues partir de un criterio diferenciador, que bien podría estar ligado a la condición de estas personas, permitiría su categorización como un tipo distinto de personas sujetas a ciertos tratos que, finalmente, serían discriminatorios por estigmatizantes. De ahí que prefiero apuntar a un criterio absoluto de igualdad y de no discriminación en tratándose de las poblaciones intersexuales y así evitar los tonos grises que bien pueden opacar el abordaje adecuado del tema.

Retoma esta Convención en su artículo 5 el tema de la integridad personal, condición ligada a la dignidad del individuo y que no se limita a su estado de libertad. Es una visión que incluye la integralidad de la persona en todos sus alcances y por ello es importante dimensionarlo correctamente.

Si para los Derechos Humanos la ablación en las mujeres de algunas tribus africanas ha sido un trato inhumano y contrario a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres, bien puede considerarse que la "cirugía de reasignación sexual" en los menores intersexuales es igual abominación humana en contra de la integridad y dignidad humana de estas poblaciones.

En el artículo 11 se enuncia igualmente la protección de la honra y de la dignidad, como se analizó al abordar la Declaración Universal sobre Derechos Humanos.

Quizá algo novedoso lo introduce el artículo 18, al enunciar el Derecho al Nombre. Reza dicha disposición que "(...) *Toda persona tiene derecho a un nombre propio y a los apellidos de sus padres o al de uno de ellos. La ley*

reglamentará la forma de asegurar este derecho para todos, mediante nombres supuestos, si fuere necesario (...)". (OEA, 1969)

Sobre este particular, y respecto a la objeción que se hace a la inscripción tardía de personas intersexuales o a su definición nominal como parte de su identidad inscribible en los registros del estado civil, la declaración de un derecho al nombre extensiva a nombres supuestos si fuere necesario, abre toda una gama de posibilidades que permitirían desarrollar legislativamente y a nivel local, una reforma a la forma tradicional de inscripción que ha impulsado las intervenciones quirúrgicas de reasignación sexual a edades muy tempranas, como única forma de lograr cumplir con este derecho al nombre.

Constitución Política de Costa Rica (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2015)

La Constitución Política de Costa Rica también enuncia principios relevantes para el tema.

En el artículo 20 se establece la libertad como un principio básico a favor del individuo en el Estado costarricense. Mismo que se complementa con el artículo 28 sobre el que ya expuse líneas atrás y al cual me referí como el principio de libertad jurídica.

Al respecto, y con el afán de puntualizar respecto de lo que he venido llamando proyecto de vida, he de indicar que lo relativo a la libertad jurídica, sea poder hacer todo aquello que no esté expresamente prohibido, en el caso de la intersexualidad este grado de libertad es vital.

La permisión o prohibición de actos individuales en el colectivo social está relacionado con imágenes preestablecidas, estigmas o discursos enraizados en lo más profundo del colectivo social.

Ejercer libremente mis proyectos de vida está relacionado con lo que Diego Gracia ha llamado deberes perfectos e imperfectos, y su correlación con

los derechos. La diversidad de proyectos de vida solamente está limitada por su correspondencia con los límites socialmente establecidos a partir del imperativo categórico de lo que es correcto o no, lo que se conoce como la cláusula de conciencia. (Gracia, 2004)

Así, si se nace libre en la República, según lo dispone el artículo 20 constitucional y gozo, además, de libertad jurídica para hacer todo lo que no esté prohibido, con la cláusula de conciencia y la Ley como únicos límites para ello, y si la intersexualidad no es una situación prohibitiva desde el derecho en tanto no es una creación de las sociedades sino de la naturaleza, no debe estar dentro de mi catálogo de libertades el decidir libremente como intersexual o no.

Esto implicaría el respeto normativo a mi proyecto de vida y a mi derecho a la personalidad jurídica que ostento, y de ahí emitir la legislación necesaria para garantizar la toma de decisiones adecuadas con miras a garantizar el pleno uso y disfrute de mis derechos individuales dentro del colectivo social.

Por otra parte, si seguimos la equiparación contenida en la Convención Americana de Derechos Humanos en relación a los conceptos "ser humano" y "persona", y analizamos la declaración contenida en el artículo 21 constitucional: "La vida humana es inviolable", podríamos concluir por inducción que dicho enunciado se refiere a la vida de un ser humano, y por ende, la vida de una persona es inviolable.

A partir de ese razonamiento, ninguna persona puede ser violada en su proyecto de vida personal en tanto no riña con los imperativos categóricos contenidos en la cláusula de conciencia, y de ello se sigue que ser intersexual es ser una persona igual que cualquier otra, en igualdad de condiciones y derechos humanos, ergo, no debería existir incidencia alguna que viole tal personalidad jurídica, especialmente si se trata de personas menores de edad.

Nadie puede arrogarse tal poder de incidir en la vida de otra persona, especialmente si uno no tiene incidencia sobre el proyecto de vida del otro o

sobre aquellas condiciones o imperativos que componen la cláusula de conciencia. Y cuando afirmo que nadie me refiero no solo a los Estados y al poder constituido, sino también a la autoridad parental, especialmente si las decisiones de los progenitores pesarán, y mucho, en el proyecto de vida del menor, y aún más, si es intersexual.

Cuando el artículo 28 constitucional proclama que "Las acciones privadas que no dañen la moral o el orden públicos, o que no perjudiquen a tercero, están fuera de la acción de la ley", propugna por un respeto total a esa libertad de decisión y autonomía de la voluntad que tanto he mencionado. Actuar contrario a ello se constituye en una violación a la esfera de Derechos Humanos que se erige como marco de protección en beneficio de toda la especie humana, incluidos los intersexuales.

Un Estado que no legisle en torno a permitir y tutelar los derechos de las poblaciones intersexuales, omite su deber de cumplimiento de las cláusulas convencionales contenidas en los instrumentos internacionales analizados, y sume a estas personas en la estigmatización, la invisibilización y el olvido.

Reglamento del Registro del Estado Civil (Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica, Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011, 2011)

Todo lo relativo a la inscripción de nacimientos, según manifesté líneas arriba, tiene una incidencia directa en la decisión temprana de la intervención quirúrgica para reasignación de sexo en el caso de las personas intersexuales.

La urgencia de registrar un nacimiento, como he dicho, tiene una utilidad para el Derecho y para el individuo. Empero, la propia normativa registral aquí citada, permite la inscripción tardía, luego de los diez años^{xvi}, y al permitirle pareciera no tener ningún efecto negativo para el no inscrito, de lo contrario, la inscripción sería mandatoria y no podría obviarse, aunque necesaria para diversos efectos de tutela y protección Estatal.

Así, si el acto de inscripción al Registro Civil genera un Estado Civil que suma "el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de la persona que la identifican y que determinan su capacidad jurídica de un modo general y permanente"^{xvii}, lo que se requiere es una inscripción para activar tales cualidades, atributos y circunstancias de la persona, no para registrar –necesariamente- el sexo legal.

El registro del hijo o la hija es obligatorio para los progenitores, lo que no se ve alterado en caso de lo médicamente denominado "hermafroditismo verdadero" y tampoco en el caso de los "pseudohermafroditas", pues basta indicar si es hijo o hija, indistintamente de la condición intersexual.^{xviii}

No obstante ello, el problema viene luego, cuando el menor crece, ingresa a la escuela, llega al colegio y en la juventud encuentra su identidad de género y decide cambiar los registros del estado civil declarados por los progenitores al momento de la inscripción.

Es aquí cuando la intervención temprana de los progenitores podría justificarse para la "reasignación de sexo por cirugía", y así evitar estos problemas legales a futuro.

Ahora bien, pareciera como si el problema, en todo este tema, es la condición de intersexualidad, pero en realidad el problema es la inexistencia de una regulación normativa jurídica que permita que el cambio se de en cualquier momento, o bien, que desde el nacimiento se pueda registrar al menor intersexual con esa condición, la que posteriormente se podría cambiar y ajustar cuando el menor haya alcanzado la certeza de su identidad de género.

Código de Núremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos 20 de agosto de 1947

En el caso de la intersexualidad, las normas éticas I y VI del Código de Núremberg son de acatamiento obligatorio.

El tema del consentimiento informado y voluntario, ya ha sido discutido en apartes anteriores, por lo que remito al lector a tales comentarios ut supra.

Lo relacionado con la ponderación del riesgo / oportunidad, o riesgo / beneficio, es un tema especialmente delicado en tratándose de decisiones que especulan a partir de un momento histórico determinado sin posibilidad de tener certeza sobre el resultado final.

En tal condición el riesgo superaría el beneficio de la "cirugía de reasignación sexual" a edades tempranas o en menores de edad, y en tales condiciones lo dispuesto en la norma analizada implicaría la no realización del procedimiento o tratamiento médico. Lo contrario sería negligente, pues aunque la medicina basada en la evidencia puede determinar rasgos químicos o genéticos determinados, lo subjetivo es imposible de determinar en un examen de laboratorio, por lo que la precaución es indispensable, y la evitación prudente el mejor camino.

Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2015)

En concordancia con lo dicho en el aparte anterior, esta Declaración también establece reglas claras en cuanto a la ponderación del riesgo / beneficio (puntos 16 y 17).

Por otra parte, vincula al médico con la fórmula "**velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente**", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "**El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica**".^{xix}

Dispone en el punto 4, que "(...) *el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber (...)*". (World Medical Association, 2015)

Dimensiona perfectamente la condición de vulnerabilidad y la protección reforzada a estas poblaciones, con lo que entra en perfecta sintonía con los instrumentos en Derechos Humanos analizados anteriormente.^{xx}

Refuerza y amplía el desarrollo del Consentimiento Informado a partir de la autonomía de la libertad y la voluntariedad de la decisión^{xxi}. Además se extiende sobradamente en las condiciones que debe reunir la información necesaria para la toma de la decisión^{xxii}

El enunciado número 28 es medular para nuestro planteamiento:

*"(...) Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. **Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos (...)**".*

En la misma línea que he esgrimido, siendo el menor incapaz legalmente de dar su consentimiento informado libre y voluntario, el tema de la ponderación de riesgo / beneficio es preponderante. Siendo imposible determinar a futuro identidad de género en correspondencia total con el sexo genético sugerido por el equipo médico, resultaría irresponsable y violatorio de los Derechos del menor intersexual intervenido cualquier decisión que se tome sobre su reasignación sexual en etapas tempranas de su desarrollo.

Informe Belmont (Observatorio de Bioética y Derecho, 2015)

El Informe Belmont desarrolla magistralmente los tres principios éticos básicos para la toma de decisiones de participación en investigación médica, lo que estimo aplicable a la decisión de tratamientos y procedimientos médicos aplicables a la población intersexual.

Estos principios son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

El respeto incorpora al menos dos convicciones éticas:

"(...) primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida (...)"

Para los redactores del Informe Belmont una persona autónoma es:

"(...) un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y escogencia de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar sus juicios, negarle la libertad de actuar sobre la base de esos juicios o no darle información necesaria para hacer un juicio cuando no hay razones de peso para proceder así. Sin embargo no todo ser humano es capaz de autodeterminación (...)"

Se considera en el Informe que la capacidad de autodeterminación madura con el individuo, y que algunos la pierden total o parcialmente debido a enfermedad, perturbación mental o circunstancias severamente restrictivas de la libertad, en cuyo caso:

"(...) El respeto por el inmaduro y el incapacitado pueden requerir protegerlos a medida que maduran o mientras están incapacitados. Algunas personas necesitan protección extensa, aún hasta el punto de excluirlas de actividades que puedan lesionarlas; otras requieren poca protección más allá de asegurarse de que emprenden las actividades libremente y con conocimiento de las posibles consecuencias adversas. El grado de protección conferido debiera depender del riesgo de daño y de la probabilidad de beneficio. El concepto de que algún individuo carece de autonomía se debería reevaluar periódicamente y variará en diferentes situaciones (...)"

Los grados de autonomía y de capacidad para voluntariamente acceder a participar en una investigación o procedimiento médico son variables, afirma el Informe. De ahí que si un menor de edad no tiene capacidad instalada por inmaduro para tomar la decisión, nada impide que con el paso del tiempo la adquiera y pueda decidir en forma autónoma y voluntaria someterse al "procedimiento médico", empero, mientras tanto debe omitirse su participación

en el estudio, o lo que es lo mismo, omitir someterle a un proceso respecto del cual no tiene conciencia alguna sobre sus implicaciones y alcances.

Respecto a la beneficencia, estiman los redactores del Informe que las personas (...) *"son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar (...)"*.

Dice este Informe que se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido:

*"(...) 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. El proverbio Hipocrático "no hagas daño" ha sido desde hace mucho tiempo un principio fundamental, de ética médica. Claude Bernard lo extendió al campo de la investigación, diciendo que **uno no debería lesionar a una persona independientemente a los beneficios que pudieran derivarse para otras**. Sin embargo, aún para evitar el daño se requiere saber qué es dañino y, en el proceso de obtener esta información, las personas pueden ser expuestas al riesgo del daño (...)"*.

El Informe Belmont relaciona el tema del Consentimiento Informado con el principio ético de respeto.

Enuncia que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

Es concluyente al afirmar que *"(...) **El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente (...)"***.

Este elemento del consentimiento informado requiere condiciones libres de coerción o influencia indebida. Ocurre coerción cuando una persona hace a otra, intencionalmente, para obtener consentimiento, una amenaza abierta de daño; en contraste se configura la influencia indebida a través de la oferta de una recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o incorrecta; también puede llegar a ser influencia indebida alguna forma de inducción, ordinariamente aceptable, que se haga a una persona especialmente vulnerable.

Las presiones injustificadas usualmente ocurren cuando personas que tienen posiciones de autoridad o gran influencia urgen al sujeto a que acepte cierto curso de acción y, especialmente, cuando hay de por medio posibles sanciones.

Existe, sin embargo, un espectro ininterrumpido de tales modos de influir y es imposible afirmar con precisión dónde termina la persuasión justificable y empieza la influencia indebida; pero esta última incluiría acciones como manipular la elección de una persona a través de la influencia controladora de un pariente próximo y amenazar con suspender los servicios de salud a los cuales el individuo tendría derecho.

Código de Ética Médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Código de Ética Médica Decreto Ejecutivo número 35332-S, 2009)

Artículo 9º—El médico debe tener:

- a) Con sus colegas: respeto, consideración y solidaridad.
- b) Con los pacientes: diligencia y respeto; aplicar su conocimiento consciente de sus limitaciones, evitar todo acto imprudente y observar la normativa y reglamentación vigente

Artículo 10. —El médico, en el ejercicio de la profesión, se obliga a cumplir lo estipulado en los principios éticos de:

- a) Juramento Hipocrático.
- b) Declaración de Ginebra. Asociación Médica Mundial.
- c) Código de Nüremberg.
- d) Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- e) Declaración de Helsinki.

f) Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y los Derechos Humanos.

g) Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.

h) Cualquier otra norma que en materia de salud suscriba el país.

Derechos Humanos

Artículo 27.—El médico debe oponerse y no practicar la discriminación o el trato indigno de ningún ser humano en razón de edad, género, etnia, discapacidad en cualquiera de sus formas, credo político, religioso, nacionalidad, privación de libertad, orientación sexual o posición económica.

Artículo 28. —El médico debe tener presente que la vida humana es inviolable, por lo que debe guardar respeto y actuar siempre en beneficio de la misma.

Artículo 29. —Se prohíbe al médico participar, directa o indirectamente, en cualquier práctica de tortura, ser complaciente con esa práctica o no denunciarla teniendo conocimiento de ella.

Relación con pacientes y sus familiares

Artículo 30. —Cualquiera sea su función, el médico, al encontrarse en presencia de un enfermo grave o de un herido en peligro, debe prestarle su asistencia y asegurarse que reciba los cuidados disponibles en el lugar y en el momento, excepto que esté en riesgo su propia vida o integridad física.

Artículo 31.—El médico debe informar al paciente o a su representante legal, con base en sus conocimientos, las opciones diagnósticas y terapéuticas que considera adecuadas para el manejo del paciente, observar las prácticas reconocidas y aceptadas, además, respetar las normas legales vigentes en el país.

Artículo 32. —El médico durante la relación profesional no debe emplear deliberadamente acciones, palabras o gestos que puedan causar daño físico o psicológico en el paciente.

Artículo 33. —En caso de huelga de hambre, el médico, además de respetar la decisión del huelguista, debe de informar adecuadamente a aquel sobre las probables consecuencias o complicaciones del ayuno prolongado, incluyendo la de la muerte.

Artículo 34. —Independientemente de dónde se lleve a cabo el ejercicio de la profesión, se deben respetar los intereses y la integridad del paciente.

Artículo 35. —El médico debe respetar el derecho del paciente facultado mentalmente para decidir en forma libre sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas.

Artículo 36. —El médico, desde el momento en que ha sido llamado a dar sus cuidados a un enfermo y ha aceptado, está obligado a asegurarle, de inmediato, todos los cuidados médicos en su poder, personalmente, o con la ayuda de terceras personas calificadas.

Artículo 37. —Con las excepciones que establece la Ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento, procedimiento médico o quirúrgico. No debe emprender ninguna acción sin el consentimiento del enfermo o de su representante legal si es menor de edad o está incapacitado jurídicamente, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad o urgencia.

Artículo 38. —El médico no debe exagerar la gravedad del diagnóstico o pronóstico; complicar el tratamiento, excederse en el número de visitas, interconsultas o en cualquier otro procedimiento médico, así como crear artificialmente situaciones de alarma, respondiendo a intereses espurios.

9. UNA PROPUESTA ALTERNATIVA A LA MEDICALIZACIÓN

Durante el desarrollo de esta investigación se han determinado varios aspectos que son de importancia para lo que propondré.

Sin embargo quisiera reiterar que lo que se ensayará no es la formulación de un protocolo de atención o guía de abordaje para las personas intersexuales pues mi especialidad es el Derecho y carezco de conocimientos interdisciplinarios suficientes para ambicionar redactar individualmente un modelo para una situación tan compleja a partir –solamente- de criterios jurídicos.

Por otra parte, tampoco pretendo –al menos por ahora- proponer la redacción de un cuerpo jurídico normativo, pues no es el objetivo de este trabajo.

Considerando el mantenerme dentro de la especialidad de la Bioética y el Bioderecho, plantearé una aproximación a la problemática hasta aquí analizada, con miras a establecer parámetros de abordaje deseados y conforme a las especialidades citadas.

Concepto ¿políticamente correcto?

De los distintos documentos analizados ha quedado patente que en Costa Rica, aún en el siglo XXI, se continúa denominando a las personas intersexuales como “Hermafroditas” o “Pseudohermafroditas”, lo que políticamente es incorrecto.

Claro está que esta terminología peyorativa contenida en la lingüística del discurso médico normalizador, no importa solamente un tema clínico sino también político.

A partir del uso de distintos conceptos en la historia de la humanidad se ha propiciado no solamente la discriminación, sino la lucha política por el

reconocimiento y la inclusión, así que la terminología utilizada es determinante en el tratamiento de este tema.

Como hemos podido visualizar desde el inicio de este trabajo, los sectores interesados en el reconocimiento, visibilización y posicionamiento de los derechos de estas poblaciones en las legislaciones de los distintos países, ha partido de hablar claramente sobre qué implica la intersexualidad.

La Sociedad Norteamericana de Intersexualidad ha sostenido el uso de esa denominación a pesar de que muchos profesionales en Medicina y Psicología o Psiquiatría han tratado de acuñar vocablos distintos, por ejemplo, "Desórdenes del Desarrollo Sexual", lo que tiene sus implicaciones.

Si mantuviéramos el concepto de intersexualidad, estimo que nos ajustaríamos muchísimo a lo que ser intersexual se refiere.

Gramaticalmente el prefijo "inter" significa "entre" o "en medio", por lo que ser intersexual implica "estar entre sexos" o "estar en medio de sexos", lo que también es fisiológicamente correcto.

Utilizar conceptos como "Desórdenes del Desarrollo Sexual", implica al menos dos cosas: primero, continuar dentro de la denominación de la intersexualidad como enfermedad, lo que es incorrecto, pues la intersexualidad no es una enfermedad, sino que es producto de una enfermedad congénita, es la manifestación de la causa más no la causa; segundo, estaríamos perpetuando la discriminación a través del lenguaje utilizado, pues "desorden" es un vocablo que alude a la falta de orden, sea al caos, lo que implícitamente evoca que estas personas tienen algún grado de desviación sexual o inadaptación sexual que debe ser erradicada de la sociedad, invisibilizada o intervenida. (García Dauder & Romero Bachiller, 2010)

Cuál es el término correcto y el políticamente correcto, resulta difícil de determinar, pues mientras Alice Dreger inició defendiendo el concepto de

intersexualidad como el adecuado, ahora como activista de derechos de estas poblaciones ha oscilado entre éste y el de "DSD". (Dreger & Herndon, 2009) (Dreger, Chase, Sousa, Cruppuso, & Frader, 2005)

Muchas veces, a través de las luchas sociales por derechos, se pierde de vista el drama humano que está detrás de quienes tienen que soportar la etiqueta impuesta, mientras se logra alcanzar la meta política. El problema es que en el ínterin se causa mucho daño y la memoria social prevalece en el tiempo.

Estoy de acuerdo en que hay que luchar por el reconocimiento de los derechos de estas poblaciones con miras a normativizar su trato, reconocimiento e inserción social, más para ello se debe cuidar cada detalle del discurso en el simple interés de no causar mayor daño que el bien que se persigue.

Personalmente creo que para efectos legales, normativos o jurídicos, el concepto o término intersexual es el que mejor describe a los individuos de esta población, y si se quisiera crear una legislación que normalice su situación y que les abstraiga de las vejaciones a las que son sometidos y se les reconozca desde el nacimiento hasta su final definición sexual y de género, dicha normativa debe contener el vocablo intersexual, o al menos, intersex.

Cada grupo de la diversidad sexual ha tendido a etiquetarse y describirse a partir de sus prácticas o inclinaciones sexuales, sin embargo en este caso no se trata de una lucha política por el reconocimiento de un derecho a la libertad sexual o a la mera identidad de género, se trata de una lucha por el respeto a la autonomía, a la libertad jurídica, a la autodeterminación, la cual –según el artículo 31 del Código Civil costarricense, debe tutelarse desde el nacimiento, y trescientos días antes (Código Civil de Costa Rica, 2015), los que se ven vulnerados indiscriminadamente a partir de estigmas preexistentes, anteriores, a la constitución del propio interés por definirse, y que en el plano bioético y del Bioderecho deben ser protegidos por la Ley desde el nacimiento del menor intersexual.

Así, la inclusión de los vocablos correctos, de las formas correctas en los formularios de registro debe ajustarse a la realidad de estas poblaciones con miras a que su sufrimiento, invisibilización y discriminación, medicalización y flagelación, cesen.

No digo que para esto sea necesario plantear o defender la existencia de un tercer género o de un tercer sexo, es simplemente el reconocimiento de una realidad que, al no estar normativizada permite el uso y el abuso de institutos médicos y éticos para la toma de decisiones sobre los menores de edad intersexuales sin considerar que su humanidad e individualidad, reclama un respeto, un reconocimiento.

Síntesis y propuesta

En el caso de la "Hiperplasia Suprarrenal Congénita", en Costa Rica su incidencia es alta. El Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social reportó en 17 años un total de 1346 casos, de los cuales 1071 se diagnosticaron en el Hospital Carlos Sáenz Herrera (Hospital Nacional de Niños). (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Al cruzar las estadísticas respecto a las de incidencia de casos reportados de lo calificado médicamente como "Hermafroditismo" y "Pseudohermafroditismo", en el mismo período, encontramos que del total de 1346 "casos de HSC" reportados, solamente 218 "casos" coinciden con algún grado de intersexualidad. Por su parte, de los 1071 "casos de HSC diagnosticados" en el Hospital Nacional de Niños, solamente 100 fueron "diagnosticados" con algún grado de intersexualidad. (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

En cuanto a sexo y edad, la "HSC" en Costa Rica "afectó" a 496 hombres y a 790 mujeres, y los grupos etarios con más presencia de esta "alteración genética" fue el de los hombres de menos de 1 año (233 casos) y entre 1 y 4 años (134 casos). En cuanto a las mujeres, el grupo etario de mayor

"incidencia de la HSC" fue el de las niñas entre 5 y 9 años (194 casos), seguido por el grupo de niñas entre 1 y 4 años (184 casos) y finalmente el grupo de mujeres entre 10 y 14 años (165 casos). (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Considerando la media mundial de "incidencia de la intersexualidad", y que según las entrevistas sobre el tema publicadas en La Nación y Al Día, Costa Rica está entre los primeros países en "grado de incidencia de la HSC" y de la intersexualidad; resulta incomprensible e incongruente que solamente el 16% de los "diagnosticados con HSC" resultaren intersexuales.

Esta cifra está muy por debajo de la media mundial. Si la relación es de 1-2:2.000 individuos nacidos vivos (Wilchins, 2001), y si la población total costarricense es de 4.773.130 (INEC, 2015), por lo tanto entre 2.386 y 1.193 habitantes podrán nacer con algún grado de intersexualidad.

Sin embargo, esta cantidad de "casos" se corresponde con el dato de "incidencia de HSC" (1.346) contenido en las estadísticas facilitadas para esta investigación; más no con la estadística de "casos de intersexualidad", la cual asciende a un total de 218 casos, tomando en consideración que la media mundial está relacionado con la intersexualidad y no con la "HSC".

Sin ánimo de especular sobre este fenómeno, ni sobre si existe o no intencionalidad para alterar u ocultar las estadísticas, y no digo que se esté haciendo, podría elaborar un par de situaciones hipotéticas al respecto.

La primera: Ocultar o alterar la información para evitar los alcances sociopolíticos de evidenciar una alta "incidencia" de intersexualidad en el país (como se ha publicitado en dos artículos periodísticos en dos momentos distintos), apunta a producir un acto de bien en aplicación del principio de beneficencia y no maleficencia, para proteger a estas personas de la

estigmatización y la condición de "anormalidad" y de "inadaptación" sociales a que serían sometidas.

Esta teoría tendría algunas falencias críticas:

a) La ausencia de una correcta cuantificación de casos impide generar políticas públicas en salud, en educación, en información, en inclusividad, para estas poblaciones. Si no existe un significativo número de casos, ¿qué interés tiene revertir lo que se ha venido haciendo (en cuanto a "tratamientos y abordaje médico de los casos"), o invertir más recursos en atender estas poblaciones?

Ciertamente 218 "casos" en 17 años no es un número significativo, especialmente si los "procedimientos médicos" tradicionales de atención a estas poblaciones resuelven lo que ellos consideran "el problema" sociopolítico que se produce en este minúsculo estrato de población con el solo deslizamiento de un bisturí.

b) La hipótesis planteada adolece de una ruptura en la parte lógica racional de su estructura, lo que hace dudar de la veracidad de la información que funda la teoría:

La información periodística difundida denuncia que Costa Rica es el segundo país del mundo en "incidencia de intersexualidad"; la media mundial es de 1 ó 2 de cada 2.000 nacidos vivos; y la "HSC es la "causa" más común asociada por las ciencias médicas como "causa" de la intersexualidad.

Empero, las estadísticas suministradas por las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social muestran una correspondencia de los "casos de HSC" en relación con la media mundial de "incidencia" de la intersexualidad; pero no en cuanto a los "casos" de intersexualidad, cuyos datos son realmente bajos.

El médico nacional especialista en este tema, Orlando Urroz, dice en uno de los artículos periodísticos en que se le entrevistó, que la alta incidencia se debe a algunos factores culturales y de desarrollo antropológico de la población

nacional, como por ejemplo "taras" genéticas, lo que denota la existencia de una "incidencia significativa" de la intersexualidad en el país; las estadísticas oficiales no reportan significancia a la cantidad de casos contenidos estadísticamente.

Esto plantea la pregunta lógica racional sobre la consistencia de los datos y cuestiona gravemente la realidad médica y social de esta población, convirtiendo la temática relativa a las personas intersexuales en algo trivial y casi mitológico o surrealista.

Otra hipótesis alcanzada a partir de los hallazgos estadísticos sería:

Los 218 "casos" presentados en 17 años de estadística versus los "casos reportados de HSC" en Costa Rica, reflejan que la última no es condicionante ni determinante de la primera.

Esta hipótesis tendría algunas críticas que la comprometen en su fundamento:

a) Si esta afirmación es cierta, todos los estudios científicos mundiales sobre la intersexualidad y su "causa primaria" serían falsos.

b) La media mundial de intersexualidad en relación con la población total aplica para todo el resto del mundo menos para Costa Rica, lo que contrapuesto a la información periodística difundida resulta contradictorio, pues el país se reporta en los primeros lugares de incidencia de intersexualidad en el mundo.

c) El uso de recursos para el abordaje de la intersexualidad desde la medicina es innecesario y superfluo, ya que lo que se debe atender es la "HSC". Esto justificaría la "intervención quirúrgica" como primera medida adaptativa del intersexual a la sociedad, y luego se le trataría por problemas de salud relacionados con la "HSC".

En cualquier caso, y lejos de continuar cavilando sobre diversas hipótesis, el tema es que independientemente de que existan 1, 218 o más de 1.000 "casos"

de intersexualidad en Costa Rica, el principialismo bioético y de los Derechos Humanos apunta a que sea la persona intersexual el centro de la atención, no su "enfermedad" como se ha denominado por los médicos, y se ha querido sostener y mantener por la medicina nacional por décadas.

La "patologización de la intersexualidad" a partir de discursos y argumentos fundamentalistas y utilitaristas ha permitido, según se ha podido demostrar de los artículos médicos especializados publicados en el país, que la cirugía "correctiva" o de "reasignación sexual", sea la primera ratio para deshacer la "incorrección" natural del individuo respecto del sistema binario de asignación de sexo.

Esta entronización de la "patologización" pretende buscar la felicidad de una mayoría que se niega a admitir la existencia de personas distintas y sin importar ni considerar el precio que debe pagar la persona intersexual, especialmente el menor intersexual, al ser sometido a "operaciones y tratamientos hormonales" que alteran de una u otra forma su vitalidad y el sentido de su dignidad como persona integral.

Resulta absolutamente incomprensible la satanización que hacen los médicos, de otras alternativas a "la cirugía", tachando de extremistas a quienes las impulsan, sin considerar que son los mismos grupos intersexuales interesados los activistas del cambio, y que éstos tienen derecho a decidir biomédicamente, bioéticamente y en ejercicio práctico de sus derechos humanos, su identidad de género en forma autónoma e independiente.

Aún resulta más contradictorio el que Asociaciones Pediátricas Internacionales hayan admitido cambiar los procesos "médico quirúrgicos" por formas de respeto a la persona, que incluyen primero la observación, y dejan la "intervención" para casos extremos, y que en el entorno local o nacional aún se siga creyendo y sosteniendo que la forma más adecuada de tratar los estados intersexuales es sometiendo a la persona a "cirugía" a la brevedad posible.

Es absolutamente inaceptable que en violación de principios biomédicos, bioéticos y de Derechos Humanos como la autonomía, la libertad, la beneficencia, la no maleficencia, el respeto, la precautoriedad y la justicia, este último en su modalidad de la verdad o veracidad, se siga vendiendo a los progenitores, en Costa Rica, un concepto de salud equivocado en beneficio de sus recién nacidos, un sueño idealizado de una normalidad construida a partir del binarismo sexual, y la gran mentira de que solamente existe una forma de tratar esta "grave enfermedad", sea con la "cirugía correctiva".

Igualmente resulta inconcebible que las personas intersexuales no encuentren en la legislación nacional las garantías de protección de su personalidad jurídica, de sus derechos autónomos de decisión, de su libertad de definir *motu proprio* su género y sexo, su derecho a ser respetados integralmente y a ser tratados con dignidad, sin estigmas ni discriminaciones, todo ello a pesar de que Costa Rica ocupa el número 24 en el mundo en el índice de respeto por los Derechos Humanos.

El ejercicio médico impone altos niveles éticos que a su vez implican la observancia y respeto de los principios bioéticos estudiados. Igualmente el ejercicio del Derecho de los Derechos Humanos, en tanto ética aplicada, también exige la observancia de principios éticos claramente establecidos y aquí estudiados.

Repito, no pretendo en este trabajo -sin perjuicio de intentarlo en otra oportunidad- elaborar un proyecto de ley o proponer un protocolo o guía de atención de las personas intersexuales y sus familiares. Basta por ahora apuntar varios aspectos que merecen ser atendidos a la brevedad posible por las instituciones y órganos estatales para que cesen las violaciones de los derechos de estas personas.

De las manifestaciones de la Dra. Carmen Di Mare, queda demostrada la inexistencia de protocolos y guías de atención de las personas intersexuales

desde su nacimiento hasta su muerte, lo que es una grave falencia del sistema de seguridad social y de salud pública, pues se cohonestan el ilegítimo e inmoral abordaje patológico de estas personas, cosificándoles y convirtiéndoles en sujetos de tortura y objetos de experimentación, todo revestido de un halo de legitimidad por un paternalismo médico mal aplicado y mal entendido.

La Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud como ente rector en salud, deberían iniciar una campaña informativa sobre la incidencia de la "HSC" y su efecto sobre los, con miras *nasciturus* a informar a la población sobre la existencia de la intersexualidad en la sociedad costarricense y así visibilizar a esta población. Esto erradicaría el morbo y los estigmas que pesan sobre esa población, y facilitaría su inserción e inclusión social y su reconocimiento político en una sociedad que se niega a aceptar esta realidad.

Ambas instituciones deberían iniciar reuniones y estudios para la elaboración de un catálogo de estados intersexuales.

Saber la media costarricense respecto de la mundial, la relación que existe entre la "HSC" y la intersexualidad en Costa Rica, los tipos de intersexualidad específica que se presentan en las y los recién nacidos costarricenses, permitirá discriminar a nivel de protocolos y guías médicas, cuáles casos podrían ameritar una "intervención quirúrgica" y cuáles no.

Recordemos que existen más de 46 tipos distintos de intersexualidad, cuyas variaciones se han solido catalogar médicamente en 3: "Hermafroditismo verdadero", "Pseudohermafroditismo masculino" y "Pseudohermafroditismo femenino".

La Caja Costarricense de Seguro Social en asocio con el Ministerio de Salud deberían establecer políticas claras de atención de esta población y sus familiares, tanto en la implementación de las guías nacionales de atención de estas personas por los equipos médicos, como por los profesionales en Trabajo Social, Psicología, Endocrinología, Pediatría, entre otros, relacionados con su

atención en el sistema de salud y de seguridad social nacional a lo largo de sus vidas.

El Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud, deberían establecer políticas educativas en torno a la intersexualidad, que permitan informarse sobre esta realidad. Debe establecerse que su abordaje sea con total naturalidad, que es exactamente como sucede en el proceso de formación del feto, para que no se estigmatice ni satanice, impidiendo de esa forma su patologización.

Igualmente debe separarse, a partir de guías educativas, el caso de la homosexualidad, la transexualidad y la bisexualidad, del intersexualismo, estableciendo las diferencias básicas entre esta y aquellos estados, como por ejemplo, que la condición de intersexualidad es una condición genético-biológica heredada de los progenitores, sobrevenida por preexistencia de determinantes en la madre.

La apertura sociológica y psicológica en la sociedad costarricense a través de la reeducación en el tema de la intersexualidad permitirá la concientización sobre la existencia de individuos distintos a la "normalidad" o "norma" establecida desde el binarismo sexual, lo que permitirá el cambio paradigmático en relación con los intersexuales, y les facilitará ser aceptados e incluidos socialmente sin injerencia de ese patrón heteronormativo, abstrayendo a la vez a los progenitores de la toma de decisiones respecto de menores intersexuales, generando espacios de respeto hacia ellos y a sus decisiones.

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en asocio con autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y otros colegios profesionales como el de Psicólogos, Sociólogos, Abogados, Psiquiatras, Farmacéuticos, deben emprender una campaña de concientización sobre el uso de conceptos y discursos patologizantes, modificar los argumentos a partir de usos lingüísticos de vocablos

más centrados en la persona y su dignidad humana y no en la enfermedad con el fin de evitar encasillamientos, estigmas y discriminaciones en relación con las personas intersexuales.

Mucho se ha discutido internacionalmente sobre este tema, y por ello, creo que el diálogo nacional debe abrirse no solo para establecer un uso común y standard internacional, sino para mostrar la capacidad de un país y sus profesionales en proponer, quizá, un nuevo concepto que evite la patologización de las personas intersexuales.

10. DERECHO, LEY E INTERSEXUALIDAD: UN TEMA APARTE

Según he podido desentrañar a lo largo de esta investigación, es absolutamente claro que el Derecho, como disciplina y como ciencia social que se nutre del entorno social, es –y debe ser- cambiante, ajustándose a los tiempos y ritmos de las demandas sociales de intervención normativa.

No obstante lo anterior, también es claro que en este caso los cambios no se producen con la velocidad o rapidez que amerita la situación, y no se vislumbra en un futuro cercano que tan siquiera este tema pueda llegar al seno de la Asamblea Legislativa, y al menos discutirse, para sacarle del anonimato al que ha sido sometido desde siempre.

De igual manera, demostrado está que el tema en cuestión es absolutamente complejo para el Derecho y, aún más, para la Ley y para quienes tienen que realizar el difícil trabajo político de crearla.

En tanto sociológico, el Derecho es una de las materias más extendidas en todos los estratos sociales, sin importar el nivel educativo que los actores sociales tengan. Todo tendrá siempre que ver con Derecho.

En esa dinámica inmaterial, inmanente, el Derecho concebido como parte integral de nuestra formación básica como individuos, se nutre en mucho de doxas, que “(...) es la forma inmediata en que adquirimos conocimientos sobre las cosas en nuestras vidas, una idea preliminar sobre lo que son y para lo que sirven, gracias a un contacto inicial con ellas (...)” (Gutiérrez, 1977), y a partir de allí nos formamos una opinión o criterio como concepto jurídico sobre lo que estimamos nos corresponde en la sociedad.

Así, a partir de este conocimiento general, fragmentado, superficial y carente de profundidad, conceptos igualmente inacabados se constituyen en un

común denominador sobre lo que es y debe ser tal o cual asunto o tema que llamamos derecho, eso sí, sin poder precisar con "exactitud milimétrica", o en el correcto y técnico sentido y acepción, de qué estamos hablando cuando nos referimos al vocablo "derecho".

Desde edades muy tempranas acostumbramos escuchar a nuestros niños y niñas hablar de derecho, especialmente en relación con el principio de igualdad y el derecho al disfrute de los bienes y el producto de los mismos; igualmente, en cualquier soda, bar o restaurante, no sobran concurrentes y comensales que diserten en sus mesas sobre el derecho en general y sobre su "sagrado derecho" como consumidores cuando son mal atendidos, sin importar si en esa mesa hay ingenieros, médicos, agricultores, peones de fincas, matemáticos o amas de casa, que no tienen nada que ver con la formación en la carrera de Derecho.

El Derecho, en tal dimensión, es algo connatural al ser humano, somos educados y disciplinados con esquemas normativos positivistas, por estructuras rígidas de poder en la familia y por discursos limitadores del ejercicio de nuestras libertades, lo que nos recuerda siempre que estamos insertos en un todo que tiene la misma estructura que la célula básica de la sociedad, la familia nuclear. Ahí aprendemos lo que se puede y lo que no se puede hacer, lo que se debe y no se debe hacer, el valor del respeto a los límites, a la imagen y figura de poder; y al régimen sancionador.

Con ese bagaje acudimos a la sociedad, contruidos como personas con conocimientos fragmentados respecto al Derecho, con una estructura básica de respeto a la institucionalidad del poder y al respeto a la organización interna y a la estructura, así como a sus principios y valores.

Acudimos a la sociedad con un constructo ético y moral forjado en la intimidad familiar y con conceptos generalizados de lo que es el Derecho, y nos sentimos con toda autoridad para hablar sobre ello y sobre temas relacionados

con el Derecho, cual si fuéramos expertos y sistemáticos concedores y dominadores de sus conceptos.

El problema es que la mayoría de los temas relacionados con la vida de los individuos en la sociedad y su relación con la normatividad, requieren de niveles más altos de conocimiento que los que adquirimos y a los que nos aferramos como *doxas*. Aquí es cuando lo que Isócrates llamó *Epistemes* cobra importancia.

El *Episteme* es lo que se adquiere a partir de "(...) una comprensión que posea otras dimensiones, que sea reflexiva, sistemática, ordenada, de acuerdo con una metodología expresa y en virtud de un proceso primordialmente racional (...)" (Gutiérrez, 1977).

Lamentablemente la mayoría de los criterios expuestos como argumentos en discursos políticos tendentes a la denegatoria de derechos a ciertas poblaciones, son producto de falacias nacidas de *doxas*, no en *epistemes*.

Hace muchos años, cuando la mujer era considerada incapaz de participar en los procesos políticos y de decisión a nivel social, lo era a partir de consideraciones irracionales, lo que nos lleva a concluir que eran producto de *doxas* difundidas en discursos políticos hegemónicos cargados de argumentos falaces sobre su condición equiparable a la de los negros (otra población discriminada de igual forma), que además solamente eran equiparables a los animales.

Romper con estas costumbres y prácticas discriminatorias hegemónicas, nutridas de palabras de poder que provienen de figuras de autoridad social y política, es sumamente difícil, y lo es más cuando estamos instruidos desde pequeños a ser respetuosos de esa autoridad y a no cuestionarla –aunque esté equivocada-.

Aquí no pretendo llamar a la desobediencia civil o a la rebelión en contra del poder instituido o constituido. Para nada.

Lo que intento es establecer elementos importantes que impiden visualizar el tema que interesa desde una realidad patente, y tratar de desnudar las falencias de las discusiones políticas en torno a temas que, muchas veces, se discuten superficialmente por nuestras esferas de poder, sin profundizar realmente en las implicaciones y costo vital que podría evitarse, de tomar decisiones más racionales y epistemológicas.

Todo conocimiento, sea *doxa* o *episteme*, llevará a tener una opinión sobre un tema en particular, sin embargo solamente aquellas opiniones provenientes de formas del conocimiento jurídico como la epistemología jurídica (nacida de un punto de vista trascendental o filosófico) y la jurisprudencia o ciencia del derecho (proveniente de un punto de vista empírico científico-positivo), es aceptable como fuente real y coherente de normas, leyes, ordenamientos y límites, deberes, derechos y obligaciones.

El Derecho se construye a partir de una concepción tridimensional: Hecho, Valor y Norma. A cada hecho o acontecimiento social se le asigna un valor en la sociedad (positivo o negativo), y dependiendo de sus efectos en ella se normativiza, sea para resguardarlo o garantizarlo, o para limitarlo o prohibirlo.

Evidentemente, la norma debe responder a un análisis racional del hecho y de sus efectos en el entorno, con el fin de equilibrar los efectos que producirá en cada uno de los actores del hecho.

Recordemos aquí que nada se produce sin la acción humana, y toda acción humana genera una reacción social, o lo que es lo mismo, toda causa tiene un efecto (teoría de la causalidad de Kelsen).

Esta verdad inapelable impone el reinado del Derecho sobre toda acción humana como un catalizador social que busca mantener un orden y equilibrio en la convivencia social.

De ahí que, cuando una norma lejos de responder adecuadamente a un problema social lo invisibiliza o lo exacerba, la misma tendrá que revisarse en tanto produce una dislocación de la realidad respecto al Derecho que la regula o normaliza.

Igual condición de inequidad se produce en el caso de la omisión normativa sobre situaciones y aspectos que deben regularse en tanto se encuentran presentes en la sociedad, y la ausencia normativa produce desequilibrios en la convivencia pacífica entre todos los actores sociales.

Los Derechos Humanos y Libertades Públicas, son concebidos como derechos inherentes a toda persona por solo serlo:

“(...) aquellos derechos que, en un ordenamiento dado, se reconocen a todas las personas –o, en su caso, sólo a todos los ciudadanos- por el mero hecho de serlo. Se trataría de derechos inherentes a la condición de persona o de ciudadano, tal como ésta es concebida en dicho ordenamiento; y por eso mismo, serían derechos universales, en el sentido de que corresponden necesariamente a todos los miembros del grupo (...)”
(Ferrajoli, 2002)

En esa condición transportan el tema de la intersexualidad y el Derecho a otra dimensión, a una más humana pero no menos compleja.

El Derecho de los Derechos Humanos tiene una raíz filosófica naturalista (iusnaturalista para la ciencia del Derecho), que ubica el catálogo de Derechos Humanos y de las Libertades Públicas derivadas de ellos, en la propia naturaleza humana, eso sí, limitados en su ejercicio y manifestación por los diversos ordenamientos jurídico normativos que existen.

La afirmación anterior implica que ningún derecho humano, *ius* fundamental, o libertad individual, son irrestrictos. Más bien, en tanto derechos objetivos y subjetivos de realización humana común y universal, sus límites

deben estar debidamente trazados –y lo están- por aspectos de convivencia social y luego, por la Ley o el Derecho Positivo.

A ese respecto, cabe señalar que la Constitución Política costarricense, en su artículo 28, establece lo que en doctrina constitucional se denomina “principio de autonomía de la voluntad”, y también encontramos ahí el “principio de libertad jurídica”.

Ambos principios son fundacionales de la condición humana en tanto seres libres e independientes con capacidades suficientes para elegir y decidir, sea, ser autónomos o autonómicos en el ejercicio de nuestra voluntad, de lo que queremos o deseamos. Este principio de autonomía se completa con el de libertad jurídica que propone y garantiza la posibilidad a todo individuo de la sociedad costarricense, de realizar a través de acciones libres todo aquello que esté dentro de sus proyectos individuales de vida, en tanto tales acciones no violen la moral, el derecho de los terceros o el orden público (límites que llamo primigenios); y finalmente, que no esté prohibido por ley.

Esto nos lleva a concluir, primero, que la vida sin libertad y autonomía carece de sentido; y segundo, que existe un valor especial asignado a la vida, a la libertad y a la autonomía por parte del Constituyente, y a favor de todas las personas que habitan el territorio costarricense, que debe respetarse tanto por el Legislador ordinario como por cada individuo.

La ubicación de estos principios, vitales para la vida humana y su desarrollo, en el texto constitucional, garantizando su respeto y promoción, obligan y vinculan con poder absoluto a toda autoridad pública y persona a respetarlos y promocionarlos. De ahí que tanto las acciones como las omisiones respecto a tal propósito constitucional, resultan en una grave violación al contenido de esos principios *ius* fundamentales que, finalmente, evidencia la dislocación entre la realidad social y el Derecho, en este caso, el Derecho de los Derechos Humanos.

Cuando Diego Gracia diserta en su libro "**Ética de los confines de la vida**" sobre los proyectos de vida, y expone sobre los deberes perfectos e imperfectos en relación con el Derecho (Gracia, 2004), deja muy claro el límite establecido a la interferencia del poder público en la esfera de lo privado, de lo íntimo.

De forma muy sutil, Gracia establece o fija el límite al poder público en relación con el proyecto de vida de toda persona en sociedad, en la imposibilidad de intervención en aquello que no vaya en contra de los límites primigenios que indiqué líneas arriba, lo que implica para él, además, que ninguna ley puede interferir en esos proyectos de vida privados si la conducta o actuación no genera o procede de un deber perfecto susceptible de crear un derecho, ergo, de ser normativizado.

A ese comentario de Gracia ha de agregarse que ningún ordenamiento sustentado en el poder público constituido e instituido democráticamente, puede arrogarse –por acción o por omisión– el no garantizar suficientemente el cumplimiento de los proyectos vitales de cada persona bajo su tutela.

Esto implica, por una parte, respetar y garantizar el cumplimiento por medio de normas, de aquellos actos o manifestaciones de libertad y autonomía, que no incidan en la moral, el derecho de terceros y el orden público. De igual forma, y por otra parte, abstenerse de legislar prohibitivamente respecto de proyectos de vida que no traspasen los límites citados.

Este aspecto, en el caso de intersexualidad y los derechos de los menores intersexuales, es medular.

Como hemos visto hasta ahora, el enfoque médico de la intersexualidad es un tema de por sí complejo en su abordaje práctico, ético y moral. Y como si eso fuera poco, el Derecho viene a aportar un problema de igual o mayor magnitud para la población intersexual.

Normatividad e intersexualidad:

Ya tuve la oportunidad de comentar sobre la concepción de sexo, y lo que se considera sexo legal (Duranti, 2011).

Igualmente concluí que todo el sistema legal y normativo en general, se ha fundado en el binarismo sexual construido a partir de aspectos fenotípicos del individuo, sea la exterioridad de su apariencia física, lo que tradicionalmente ha dejado fuera de toda consideración legal a las personas intersexuales, y de alguna forma presiona a todos los demás sistemas a adaptarse a ese binarismo sexual para así ajustar lo físico a lo legal. Todo ello a pesar de que -como vimos anteriormente-, el papel del Derecho sería o debería ser a la inversa, el Derecho se debe adaptar y mutar conforme cambie la realidad (humana, física, material, social), ergo la ley debe cambiar y ajustarse a las nuevas situaciones y no condicionar lo físico a lo legal, pretendiendo que lo inmutable sea lo que debe mutar y viceversa.

No existe nada más cambiante que el ser humano y su vitalidad, por lo que así como la tecnología está al servicio de lo humano y no lo humano al servicio de la tecnología, el derecho debe estar en esa misma función en relación con lo humano.

Y esta afirmación es aún mucho más importante en tratándose de Derechos Humanos y Libertades y autonomías individuales, y aún más si hablamos de personas menores de edad cuya protección es superlativa en los ordenamientos jurídicos mundiales y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Existen muchos países donde se ha creado normativa para regular y proteger los derechos de los intersexuales, sin embargo, en esos países se ha insertado el tema de la intersexualidad dentro de leyes que se denominan "Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas" (España, Ley 3/2007, de 15 de marzo de 2007); "Ley de derecho a la

identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios" (Uruguay, Ley 18620 de 17 de noviembre de 2009); "Ley de identidad de género" (Argentina, Ley 26743 de 23 de mayo de 2012); Ley de Identidad de Género, Expresión de Género y Características Sexuales (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, Malta, Acta No. XI de 14 de abril de 2015); por lo que el tema se subsume en la vaguedad de la diversidad sexual, especialmente en la temática del transexualismo y el transgenerismo, que no es lo mismo, según se ha explicado supra, aunque pueden producirse situaciones de transexualismo y transgenerismo a partir de las cirugías de reasignación de sexo aplicadas en los términos en que se ha venido realizando, con la consecuente estigmatización y etiquetamiento ulterior del individuo como transexual y no como inicialmente debería haberse conocido, sea como intersexual.

Países como Sudáfrica, Canadá, México, Estados Unidos de Norteamérica, Cuba, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Uruguay, Israel, Turquía, India, Irán, Nepal, Pakistán, Japón, Corea del Sur, Taiwán, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Isla de Man, Noruega, Suecia, Reino Unido, Bélgica, Francia, Países Bajos, Croacia, Alemania, Polonia, Eslovenia, Serbia, Suiza, Rumania, Rusia, Ucrania, Grecia, Italia, Malta, Portugal, España, Australia y Nueva Zelanda, tienen legislaciones sobre la identidad y expresión de género, que permiten y legitiman el cambio de sexo, nombre, identidad, y género, en los registros civiles de cada país, con algunas variaciones, restricciones y limitaciones propias de cada Estado.

No obstante que esto es un avance significativo para la población intersexual que puede servirse de este tipo de normativas -con la excepción de la pequeña isla de Malta, cuya legislación citada prohíbe la mutilación de personas menores de edad intersexuales, lo que implica que prohíbe absolutamente cualquier intervención quirúrgica en ese sentido-, son nulas las iniciativas legislativas que busquen la protección del menor de edad intersexual,

de su integridad física, psicológica, moral; de su autonomía y autodeterminación, como solución creada y dirigida específicamente para esta población.

Por ello, existe una urgencia en generar espacios de discusión públicos sobre este tema específico, y así visibilizarlo, para luego abordarlo normativamente.

La sensibilización es importante en estos casos para develar aquello que es un secreto a voces, pero que es una realidad que nadie quiere reconocer que existe.

Luego, se ha de buscar la mejor forma de discutir el tema, pues dejarlo en manos de las fuentes tradicionales de la ley, del *ius* positivismo, pareciera condenarlo a la imposibilidad de que se cree y formalice una normativa de protección, pues las estructuras fundamentalistas del positivismo jurídico necrosan los temas como el que nos interesa, hasta que son momificados y olvidados.

Quizá la alternativa del pluralismo jurídico, impulsada por Antonio Carlos Wolkemer en su obra **"Pluralismo Jurídico. Fundamentos de una nueva cultura del Derecho"** (Wolkemer, 2001), sea el modelo a seguir para estos nuevos retos que enfrenta la ciencia del Derecho, y que de la mano de teorías como la **"Teoría de la Justicia"** de John Rawls (Rawls, 2006), se puedan establecer nuevos acuerdos, con pluralidad de participación social y política en la discusión y formulación de opciones normativas, en beneficio de estas poblaciones, de sus derechos humanos y de la protección de su integridad como seres autónomos, libres e independientes, capaces de ser reconocidos por cómo han nacido y no como el mundo quiere que sean, integralmente y con posibilidad de auto determinarse y autodefinirse.

En todo caso, como lo dice el título, esto es solo una aproximación, y quedan muchos temas que desarrollar al respecto, lo que intentaré en el futuro.

VI. CONCLUSIONES:

De lo investigado, y a partir de los datos obtenidos en documentos encontrados y facilitados, se puede concluir lo siguiente:

Sobre la Incidencia del intersexualismo en Costa Rica: Del estudio "Frecuencia de las Malformaciones Congénitas en las Autopsias del Hospital Nacional de Niños (1974-1981)", se pudo concluir que de 3744 muertes se realizó el 34% de autopsias (1272 casos), y de esas, el 36.48% (464 casos) dieron resultados en cuanto a malformaciones. Además, en el mismo estudio se pudo concluir estadísticamente que de los 464 "casos detectados con malformaciones congénitas" 43 (9.27%) presentaba "malformaciones en el aparato genitourinario" y 5 (1.08%) en el sistema endocrino, sea casi un 10.35% de los casos presentaban "alteraciones en estos sistemas".

Ahora bien, si trasladamos la probabilidad de ese porcentaje a la totalidad de "casos de muerte producidos", tendríamos que de los 3744 casos, 388 de esos menores habría nacido con esas "malformaciones".

Si especificamos un poco más en esta "muestra", podemos encontrar que con "Hiperplasia Suprarrenal Congénita" se reportaron 15 casos, 5 no incluidos en la revisión, 1 con una "malformación de ano imperforado", y 9 con "malformaciones del aparato genitourinario". De los 43 casos, entre la "Ambigüedad Sexual con hiperplasia suprarrenal congénita" (9 casos: 7 mujeres y 2 hombres), las "Hipospadias" (2 casos) y las "Criptorquidias con hipoplasia de pene" (1 caso), suman trece en total, sea un 30% de los 43 "casos" estudiados.

Esta cifra difiere respecto del reporte que consta en Anexos 4, 5 y 6 a este documento, referente a individuos intersexuales vivos "diagnosticados" en los distintos hospitales nacionales, lo que genera cuestionamientos sobre la

veracidad de la información estadística que se maneja a nivel de centros de salud.

Solamente retomo algunos datos: considerando la media mundial de "incidencia de la intersexualidad", resulta incomprensible e incongruente que solamente el 16% de los diagnosticados con "HSC" resultaren intersexuales.

Esta cifra está muy por debajo de la media mundial. Si la relación es de 1-2:2.000 individuos nacidos vivos (Wilchins, 2001), y si la población total costarricense es de 4.773.130 (INEC, 2015), por lo tanto entre 2.386 y 1.193 habitantes podrán nacer con algún grado de intersexualidad.

Sin embargo, esta cantidad de casos se corresponde con el dato de "incidencia de HSC" (1.346) contenido en las estadísticas facilitadas para esta investigación; más no con la estadística de "casos de intersexualidad", la cual asciende a un total de 218 casos, tomando en consideración que la media mundial está relacionada con la intersexualidad y no con la HSC, y mucho menos con los datos levantados en el estudio de **"Frecuencia de las Malformaciones Congénitas en las Autopsias del Hospital Nacional de Niños (1974-1981)"**.

Las razones para que no exista coincidencia en la información estadística levantada pueden ser diversas, pero no dejan de ser especulativas ante el silencio de las autoridades médicas consultadas y que finalmente no respondieron los cuestionarios enviados (Anexos 1, 2 y 3).

Sobre la Autonomía y consentimiento informado: En primer lugar, el individuo menor de edad sobre quien se está decidiendo es un ser autónomo e independiente, por lo que –aunque sus responsables puedan legalmente tomar decisiones en su nombre, y por su cuenta y riesgo-, en este caso la decisión temprana de intervención quirúrgica y tratamiento medicamentoso en estos individuos, se topa inicialmente con el problema del consentimiento informado, e involucra los principios de autonomía, beneficencia, no

maleficencia, responsabilidad, precautoriedad, justicia y libertad, tergiversándolos.

A tan temprana edad (antes de los dieciocho meses de nacido) un individuo intersexual es incapaz de tener consciencia plena sobre su identidad de género, y mucho menos podrá determinar, en una prospección de diez años, si aceptar la "asignación de sexo" y género que los progenitores decidieron por él, se corresponde con su identidad sexual y de género, por lo que la sustitución parental del consentimiento informado en relación con el individuo intersexual pareciera inadecuada e inoportuna a la edad en que se está practicando, pues a largo plazo puede constituir una grave alteración del individuo por voluntades sustitutas.

Por otra parte, los "resultados del examen físico clínico y los exámenes de laboratorio" también son insuficientes para sustituir el consentimiento informado del menor sometido a estos "tratamientos quirúrgicos de asignación de sexo" y género, por lo que las consecuencias de imponer el "criterio médico científico" de la ciencia basada en la evidencia, tampoco es un camino seguro o definitivo a seguir.

Resulta absolutamente claro de lo estudiado, que el argumento del componente genético para justificar medicamente la "intervención quirúrgica" es insuficiente. Existe una serie de aspectos sociológicos, antropológicos, psicológicos, culturales, entre otros, que inciden en la definición del género y del sexo, por lo que posiciones fundamentalistas a nivel mundial han tenido que ir retrocediendo ante la atroz mutilación y tortura que representa la "cirugía de reasignación" y los "tratamientos médicos posteriores".

Sobre la invasividad del tratamiento y capacidad para decidir: Por lo anterior, estimo que nada de esto debería suceder sin el pleno entendimiento de la persona intersexual, de las consecuencias de tales intervenciones en su cuerpo y los tratamientos post operatorios.

Igualmente, el individuo debe comprender qué tan invasivos pueden ser y cuán traumáticos pueden resultar éstos, en caso de que la reasignación quirúrgica del sexo fenotípico no se corresponda, diez o más años después, con su sexo y género genotípico.

Por este motivo defiende la tesis de que la decisión debería suspenderse y trasladarse al momento en que el individuo tenga plena capacidad de decidir por sí mismo a partir de su propia percepción sobre su sexo y género, en forma libre, autónoma y sin interferencias externas.

Sobre los aspectos psicológicos: Debe considerarse en el discurso médico, social y político, la Falacia *ad naturam*.

No obstante que es un asunto a tener en consideración y sobre el que es necesario sensibilizarse, los alegatos médicos sobre la difícil situación que vivirá el *nasciturus* en su proceso adaptativo, o bien, la argumentación de los padres sobre su sufrimiento y complicación para el manejo y la inserción del menor a un mundo de binariedad sexual, he de indicar que ninguna de estas dos cuestiones son de recibo para tomar una decisión en irrespeto de la individualidad de la persona intersex.

Ninguno de ambos argumentos pasa por la moral ni la ética, sino son opiniones personales sobre la toma de decisiones parentales o médicas a partir del consejo profesional; ninguno pondera los derechos del menor involucrado ni los efectos de esa decisión sobre su existencia posterior como adulto, especialmente si de principios bioéticos y de derechos legales se trata.

Sobre el particular, vale la pena cuestionarse si no estaremos aquí ante la Falacia *ad naturam*, expuesta por León Kass en 1997 y perfeccionada por él mismo en 2007, la cual se funda en la expresión "the wisdom of repugnance" (la sabiduría de la repugnancia).

Esta es una de las falacias inespecíficas y principales de la Bioética Fundamentalista, que ha sido utilizada para "(...) *justificar el statu quo de ciertas capas sociales, para legitimar conductas inmorales y creencias falsas generalizadas, como la condena a la homosexualidad, la legitimidad moral de la esclavitud, del sexismo o de la xenofobia (...)*" (Bordes Solanas, 2011). Lo anterior, sin perjuicio de que podamos encontrar, en el discurso para la toma de la decisión, otras falacias argumentativas.

En efecto, los discursos hegemónicos de poder del paternalismo médico, de las posiciones fundamentalistas médicas en el país, se fundan en un lenguaje plagado de falacias que fueron identificadas en este trabajo y que apuntan a la entronización de la medicalización de la intersexualidad, a su patologización y a la cosificación de las personas intersexuales.

De ahí que resulta indispensable un cambio radical en el discurso, como sucedió con el discurso machista en el tema de la violencia contra las mujeres, lo que debe empezar, naturalmente, a partir de un cambio en la legislación con prohibiciones expresas respecto a los tratos que reciben estas poblaciones, y así ir calando en la mentalidad de una nación que ve con normalidad este tipo de atrocidades y afrentas a los Derechos Humanos.

Sobre los aspectos Legales: ¿Es suficiente lo que existe al respecto? ¿Debemos evolucionar a un nuevo desarrollo normativo? ¿Existen protocolos bioéticos relacionados y se respetan?

El tema presenta el dilema ético y legal sobre si se deben tutelar los derechos de los progenitores o del recién nacido.

Evidentemente con lo que se hace actualmente dudo mucho -aunque el discurso médico, social y político es bastante convincente-, que se pretenda proteger los derechos del individuo o el menor intersexual.

Por el contrario, podría asegurar, a partir de las manifestaciones del especialista en estos temas pediátricos, el doctor Urroz del Hospital Nacional de Niños, que el interés es facilitar las circunstancias a los progenitores resolviendo "el problema" de una vez por todas desde una edad muy temprana; por lo que queda claro que el interés no es tutelar el interés superior del menor, sino satisfacer necesidades de los progenitores para que el "producto" se ajuste a las demandas del derecho con miras a su inscripción registral.

Por ello, el surgimiento de una legislación específica para la población intersexual que tutele su derecho a mantenerse como intersex al momento de su nacimiento, prohibiendo la "cirugía de reasignación" por voluntades sustitutas, sin tener que decidir abruptamente sobre su género o sexo fenotípico, garantizará el respeto a sus derechos, a su propia naturaleza, a su capacidad de decisión y a su libertad, autonomía y derecho a autodeterminarse cuando la edad le marque claramente su género y su sexo genotípico.

Es claro que no existe legislación al respecto, toda la normativa vigente empuja, permite y no inhibe a las autoridades médicas a perpetuar la mala práctica generalizada en todos los casos de intersexualidad de realizar una "cirugía de reasignación sexual y tratamiento medicamentoso".

Existen países donde se ha incluido el tema de la intersexualidad en normativa relativa a la diversidad sexual, pero el caso de la intersexualidad y la protección de la persona menor intersexual son mucho más graves que solamente tutelar su derecho a la autodeterminación de su género y a transitar hacia otro distinto al fenotípico.

En el caso de los intersexuales menores de dieciocho meses, lo que se debe tutelar es la integridad física de estos individuos. No es un tema solamente de autodeterminación, pues ello implicaría una falacia más. Es un

tema de protección de la integridad y de la dignidad del ser humano; de su corporalidad; de evitar la flagelación, la tortura y la mutilación de estos cuerpos intersexuales.

Es un tema de Derechos Humanos que debe asumirse con responsabilidad.

Es concluyente que el Estado costarricense debe evolucionar normativamente desarrollando una legislación especial para estas poblaciones que, al amparo de los Derechos Humanos de las personas menores de edad, garanticen sus derechos como intersexuales a mantenerse como tales, a respetarles su condición, y a ajustar su identidad y registrarla legalmente, cuando lo estimen oportuno y apropiado en forma autónoma y libre de toda presión externa.

En cuanto a esto último es ejemplar la Isla de Malta. Este pequeño país, profundamente católico, en abril de dos mil quince emitió una legislación especializada que prohibió expresamente cualquier cirugía de reasignación sexual en edades tempranas, respondiendo así al movimiento mundial y de Derechos Humanos por el respeto a los Derechos de las Niñas y Niños del mundo que nacen intersexuales a no ser mutilados por decisiones médicas tomadas con base en fundamentos falaces, hegemónicos y heteronormativos.

Resultó evidente en esta investigación que, a pesar de que se inició el trabajo con la idea de revisar la condición de las personas intersexuales en general, naturalmente el desarrollo del mismo se decantó por las personas intersexuales menores de edad, recién nacidos, cuyos derechos resultan más vulnerables en todos los campos: la autonomía, la libertad, la voluntad, el consentimiento informado, el derecho a la información para la toma de decisiones, la justicia y la autodeterminación.

Por ello creo que legislar sobre este tema es mandatorio para un país como Costa Rica que se precia de ser respetuoso de los Derechos Humanos, y especialmente, de los Derechos de los Niños y las Niñas.

Sobre la exclusión de la lista de enfermedades e implicaciones: Este aspecto es comprensible en el caso de otras poblaciones diversas, más no en relación con los intersexuales.

Se sabe que históricamente se ha tratado de enfermedad al homosexualismo y al lesbianismo, lo que ha propiciado la instauración de tratamientos médicos que rayan en la tortura y la vejación de la integridad, dignidad y humanidad de los individuos pertenecientes a estas poblaciones, por lo que excluir al homosexualismo y al lesbianismo de la lista de enfermedades permitió un cambio de paradigma científico, impidiendo que se continuara con prácticas médicas degradantes y discriminatorias.

Empero, antes de tomar cualquier decisión en el caso de los intersexuales, deben considerarse varios aspectos.

La intersexualidad no es una enfermedad, es producto de una enfermedad congénita, atribuible comúnmente a la madre. Una persona intersexual, es un individuo con una predisposición física y genética (externa e interna) a la intersexualidad, sin que medie una decisión propia y autónoma sobre su apariencia física, sus preferencias o prácticas sexuales.

De ahí que tratar a un intersexual como enfermo es patologizar al individuo, a pesar de que bien podría vivir cien años o más sin "intervención quirúrgica de reasignación sexual" y sin "tratamiento medicamentoso".

Empero, en el caso de que las manifestaciones físicas de la intersexualidad produzcan problemas de tipo fisiológico, como las "hipospadias", los "tratamientos médicos y quirúrgicos correctivos" son de recibo, pero no para "corregir el sexo fenotípico", sino para normalizar el

funcionamiento del "aparato genitourinario". De lo contrario, continuaríamos "patologizando" al individuo y cosificándolo en el plano médico.

Ahora bien, sigue resultando necesario que políticamente y especialmente en el caso de los Estados Sociales de Derecho como Costa Rica, y aunque pueda ser paradójico, los "tratamientos" y "cirugías" tendentes a alcanzar el equilibrio entre lo físico y el género, sigan siendo cubiertos por la Seguridad Social, lo que implica mantener la intersexualidad dentro de una lista de "padecimientos" atendibles por el sistema de salud nacional.

No hacerlo así ocasionaría la imposibilidad de acceso a tales "cirugías" y "tratamientos", los que normalmente son sumamente onerosos, por lo que abstraerlo de la "lista de enfermedades", especialmente en el caso del Estado Social costarricense, implicaría reservar tales beneficios médicos para una población económicamente solvente, dejando desamparados de la "atención médica" a aquellos individuos intersexuales que no pueden acceder a un servicio médico privado, vulnerando gravemente el principio de justicia.

Aquí, y para enfocar este aspecto, debo aclarar la aparente paradoja: No es que el tratamiento quirúrgico y medicamentoso sea innecesario, simplemente es indispensable en algunos casos para lograr el equilibrio. Empero, defiendo la tesis de que someterse al mismo es una decisión autónoma de la persona intersexual en uso de sus capacidades y del principio de autodeterminación, por lo que excluir de esa posibilidad a cualquier estrato de la población resultaría en una grave violación de sus derechos. Esto es un aspecto que definitivamente debe ponderarse.

Ausencia de fuentes científicas, investigaciones, epidemiología, incidencia, prevalencia, interrelación entre HSC e intersexualidad en Costa Rica: La intersexualidad es considerada un tabú social. La invisibilización familiar y el ocultamiento de la verdad a las personas

intersexuales aporta mucho a la intolerancia en el trato y a la exclusión de esta población por parte de la sociedad.

Esta se traslada al ideario social, y al ámbito de las soluciones propuestas, convirtiendo la situación en un secreto que, de ser develado, podría considerarse motivo de anormalidad y promotor de prácticas discriminatorias en su perjuicio, juicios morales, problemas psicológicos para las partes involucradas, entre otros.

Aunado al efecto que impacta a cada individuo intersexual respecto a su realidad, ese secretismo produce –a mi juicio- un impacto en las estadísticas de incidencia de casos y el acceso a la información, lo que complica la investigación documental sobre el tema, y la científica respecto a su posible abordaje, prevención o tratamiento, propiciándose que la solución quirúrgica se convierta en la única opción viable, lo cual es vejatorio de los Derechos Humanos y de la dignidad de esta población.

Ausencia de protocolos bioéticos para la atención y abordaje interdisciplinario de estas poblaciones.

Finalmente, pero no por ello menos importante, es dejar en evidencia total la inexistencia de protocolos bioéticos para atender a las poblaciones intersexuales en todas las etapas de sus vidas, así como a sus progenitores y familia en general.

Todos los aspectos concluidos ut supra, dejan claro que no existe nada establecido en el plano interdisciplinario que permita abordar los temas de intersexualidad con naturalidad y respeto por la persona intersexual y sus derechos.

No obstante que médicamente todo el equipo médico sabe cómo proceder en estos casos, la investigación demostró que tales protocolos entronizan la patologización de la intersexualidad y su tratamiento como enfermedad, por

lo que denotan claramente los procedimientos del diagnóstico clínico, tratamientos quirúrgicos y medicamentosos que “deben” aplicarse a estas personas, justificándose falazmente en los principios biomédicos o bioéticos para ellos.

De ahí que romper con este paradigma patologizador de la intersexualidad y con los discursos del paternalismo médico entronizado sobre el tema, es una tarea interdisciplinaria típica de la bioética, que debe ser asumida con responsabilidad por parte de los Comités de Bioética Hospitalarios, con el fin de ponderar adecuadamente los casos que se sometan a su conocimiento y decisión –si es que así sucede-, con el fin de no olvidar que las decisiones éticas en tratándose de seres vivos, en este caso de la especie humana, deben estar debidamente ponderadas y sustentadas, en protección y beneficio del individuo, no del grupo al que pertenece.

Entonces, es indispensable el establecimiento y creación de protocolos bioéticos para estas poblaciones, pues la evidente ausencia de los mismos ha permitido y permitirá la continuidad de prácticas médicas inadecuadas en el abordaje de estos individuos, perpetuando así la invisibilización de estas poblaciones y su vulnerabilización, discriminación y cosificación, todo lo cual es absolutamente contrario a la dignidad humana.

Bibliografía

- ¿Qué dice la Biblia sobre la Homosexualidad? (02 de 04 de 2014).
www.catholic.net. Obtenido de
<http://www.es.catholic.net/psicologoscaticos/348/2956/articulo.php?id=54562>
- 1947, C. d. (s.f.). *Bioética Net*. Obtenido de
www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf
- A.N.Al-Mulhim; H.M. Kamal. (2010). Ambiguos Genitalia in Neonates: a 4-year prospective study in a localized area. *Eastern Mediterranean Health Journal*.
- Agramonte Machado, A. (2008). Intersexualidad y Estigma Social. *Instituto Nacional de Endocrinología*.
- Alemán Ramírez, R., Céspedes Durán, L., Fernández Vaglio, R., Herrera Rodríguez, A., Sánchez Villalobos, N., Solar Del Valle, T., & Soto Zúñiga, M. (2013). Desórdenes del Desarrollo Sexual y Cirugía Correctiva. *Medicina Legal de Costa Rica-Edición Virtual*.
- Alexy, R. (1993). *Teoría de los derechos fundamentales*. España: Centro de Estudios Constitucionales.
- Alexy, R. (1995). *Teoría del discurso y derechos humanos*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Alexy, R. (2003). *Tres escritos sobre los derechos fundametaels y la teoría de los principios*. Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Alexy, R. (2010). *A theory of Constitutional Rights*. Oxford, EEUU: Oxford University Press.
- Allen E. Buchanan; Dan W. Brock. (2009). *Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alvarado Acuña, J. J. (27 de noviembre de 2013). *Repositorio Universidad Estatal a Distancia*. Obtenido de
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/handle/120809/1138>
- Angel Pelayo González-Torre; Oscar Moro Abadía. (1989). Michel Foucault y el problema del género. *Doxa*.

- Área de Estadística en Salud, C. C. (2015). *Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Seudohermafroditismo por año según centro de salud. C.C.S.S., 1997-2014.* San José, Costa Rica.
- Área de Estadística en Salud, C. C. (2015). *Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Seudohermafroditismo por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2014.* San José, Costa Rica.
- Área de Estadística en Salud, C. C. (2015). *Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Seudohermafroditismo por año según sexo y grupo de edad. C.C.S.S., 1997-2014.* San José, Costa Rica.
- Aristóteles. (1993). *Ética Nicomáquea.* Madrid: Editorial Gredos.
- Aristóteles. (2015). *Canal Biblioteca del IRC en la REd Undernet.* Obtenido de <http://www.proyectoespaco.dm.cl>
- Arroyo González, F. (06 de setiembre de 2009). De cinco a diez bebés nacen como ella aquí. *Al Día.*
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (16 de 04 de 2015). *Constitución Política de la República de Costa Rica.* Obtenido de http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_Informacion/biblioteca/Paginas/Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Costa%20Rica.aspx
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics.* New York: Oxford University Press.
- Berger L., Peter; Luckmann, Thomas. (2001). *La Construcción Social de la Realidad.* Argentina: Amorrortu.
- Bernal Crespo, J. S. (2011). Estados intersexuales en menores de edad: los principios de autonomía y beneficencia. *Revista de Derecho.*
- Bernal Crespo, J. S. (2011). Protección de los Derechos de los menores con ambigüedad sexual (sentencias de un Juez de Tutela y de la Corte Constitucional Colombiana-Sala Quinta de Revisión. *Revista de Derecho,* 155-163.
- Bidart Campos, G. J. (1989). La Universalidad de los Derechos Humanos. En G. J. Bidart Campos, *Teoría General de los Derechos Humanos.*
- Bidart Campos, G. J. (1989). *Teoría general de los derechos humanos.* México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

- Bidart Campos, G. J. (1998). "Por un derecho del bienestar de la persona" en *Memorias de las IV Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética*. Mar del Plata, Argentina: Suárez.
- Biscaretti di Ruffia, P. (1996). *Introducción al derecho constitucional comparado. Las formas de Estado y las formas de gobierno. Las Constituciones modernas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Biscaretti di Ruffia, Pablo, & Verdú, Pablo L. (1987). *Derecho Constitucional*. Tecnos.
- Bordes Solanas, M. (2011). *Las Trampas de Circe: Falacias Lógicas y Argumentación informal*. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya SA).
- Bordes Solanas, M. (2011). *Las Trampas de Circe: Falacias Lógicas y Argumentación Informal*. Madrid: Grupo Anaya SA.
- Borgoño Barros, C. (2009). Bioética Global y Derechos Humanos: ¿Una posible Fundamentación Universal para la Bioética? Problemas y Perspectivas. *Acta Bioética*, 46-54.
- Bovero, M. (2002). Democracia y Derechos Fundamentales. *Isonomía*(16), 21-38.
- Cabral, M. (2009). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarres.
- Cano Abadía, M. (2012). Intersexualidad una mirada feminista. *Feminismos*, 67-87.
- Cantore, L. (2012). Análisis de la Jurisprudencia Argentina relativa al derecho de identidad sexual de los niños intersex. *Pensar, Fortaleza*, 229-250.
- Castillo Nieto, S. (23 de noviembre de 1997). Entonces, ¿es varón o mujer? *La Nación*.
- Cautela, J. R. (1967). Covert Sensitization. *Psychology Report* 20, 464-65.
- CDC, C. (04 de 04 de 2015). *CDC Centers for Disease Control and Prevention*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>
- Chicago University. (2013). www.uchicago.edu. Obtenido de www.uchicago.edu:
http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Suetonius/12Caesars/Augustus*.html#68

- CINU-OPS. (s.f.). <http://www.cinu.mx/noticicas/mundial/ops-destaca-necesidad-de-mejor/>.
- CIPAC Madrigal Ballesteros, F. (2000). *Suicidio en la Población Homosexual Costarricense*. San José: CIPAC.
- Código Civil de Costa Rica. (2015). *Código Civil de Costa Rica*. San José: Imprenta Nacional.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (15 de Mayo de 2009). *Código de Ética Médica Decreto Ejecutivo número 35332-S*. Obtenido de <http://www.medicos.cr/web/documentos/codigomoralmdica.%20Final>
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2015). *Consejos de Esculapio*. Obtenido de http://www.medicos.sa.cr/web/tramites-administrativos/normativa/cat_view/2-normativa-legal/35-codigos-y-juramentos
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2015). *Juramento Hipocrático*. Obtenido de http://www.medicos.sa.cr/web/tramites-administrativos/normativa/cat_view/2-normativa-legal/35-codigos-y-juramentos
- Concepción Montiel, L. E. (2010). El análisis del discurso y su relevancia en la teoría y en la práctica de la política. *REVISTA INTERNACIONAL DE PENSAMIENTO POLÍTICO*, 19.
- Courtis, C. (2007). *Políticas sociales, programas sociales, derechos sociales. Ideas para una construcción garantista*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. México: PNUD.
- Daniel, F. (1893). Castration of Sexual Perverts. *Texas Medical Journal* 9, 255-71.
- Diamond, Milton; Beh, Hazel. (27 de Julio de 2006). *Archives of Disease in Childhood Online*. Obtenido de Variations of sex development instead of disorders of sex development: <http://adc.bmjournals.com/cgi/eletters/91/7/554>
- Dreger, A., & Herndon, A. (2009). Progress and Politics in the Intersex Rights Movement. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2), 199-224.
- Dreger, Alice; Chase, Cheryl; Sousa, Aron; Cruppuso, Philip A.; Frader, Joel. (2005). Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific

and Clinical Rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 18, 729-733.

Drescher, J. (2008). *Controversias sobre los diagnósticos de género*. OMS.

Duberman, M. (1992). *Cures: A gay man's odyssey*. Nueva York: Plume.

Duranti, R. (2011). *DIVERSIDAD SEXUAL: CONCEPTOS PARA PENSAR Y TRABAJAR EN SALUD*. Argentina: ONUSIDA.

E.S. Talbot; Ellis Havelock. (1896). A case of developmental degenerative insanity, with sexual inversion, melancholia, following removal of testicles, attempted murder and suicide. *Journal of Mental Science* 42, 341-44.

Etimologías de Chile. (04 de 04 de 2015). *Etimologías de Chile*. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?autonomi.a>

F.U., Y. (2014). www.fordham.edu/Halsall/mod/modsbook.asp. Obtenido de <http://www.fordham.edu/Halsall/mod/modsbook.asp>

Fausto-Sterling, A. (s.f.). *Cuerpos Sexuados. La Política de Género y la Construcción de la Sexualidad*.

Fernández Agis, D. (2006). Foucault, Identidad y sexualidad. *A parte Rei Revista de Filosofía*.

Ferrajoli, L. (2002). *Los fundamentos de los Derechos Fundamentales*. Madrid: Trotta.

Fj. Pelayo Baeza, I. Aguado, Fj. Sanz Santaefuemia, E. La orden Izquierdo. (julio/setiembre de 2011). Genitales ambiguos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, XIII(51), 419-433.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.

Freud, S. (1992). *Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Volumen 7 (1901-1905)*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Color Efe.

Galindo, L. (1984). Análisis del Discurso del Estado Mexicano. *Cuadernos de la Casa Chata*.

- García Dauder, Silvia; Romero Bachiller, Carmen. (2010). Las políticas de los nombres: La controversia DSD versus intersexualidad. *VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología e Género*.
- Gómez Córdoba, A. I. (s.f.). Dimensiones del Consentimiento Informado en Pediatría. *CCAP*.
- Gómez Sanchez, Y. (2011). Dignidad y Autodeterminación física como fundamento del Estatuto del Paciente. *Acta Bioethica*, 37-46.
- González Esteban, E. (2007). Una Lectura Actualizada de la Ética Aristotélica. La Mirada de Martha Nussbaum. *Quaderns de filosofia i ciencia* 37, 91-100.
- González Vásquez, A. (2009). Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la intersexualidad. *ISEGORÍA Revista de Filosofía Moral y Política*, 235-244.
- González Vicen, F. (1969). *La filosofía del derecho como concepto histórico*. Madrid: Anuario de Filosofía del Derecho.
- Gracia, D. (2004). *Ética de los Confines de la Vida*. Bogotá: El Búho.
- Gracia, D. (2006). *Bioética Clínica*. Bogotá: Códice.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos Bioética*. Tricastela.
- Gracia, D. (2013). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Gutiérrez, C. J. (1977). *Lecciones de Filosofía del Derecho*. San José: Juricentro SA.
- Häberle, P. (2014). La jurisdicción constitucional en la actual etapa evolutiva del Estado constitucional. *Pensamiento Constitucional*, 10(10), 17-42.
- Halicarnaso, D. d. (s.f.). *Historia Antigua de Roma*.
- Hernández Valle, R. (1980). *Las Libertades Públicas en Costa Rica*. San José: Juricentro.
- Hernández Valle, R. (2004). *El Derecho de la Constitución*. San José, Costa Rica: Juricentro.
- Hooft, P. F. & Picardi, G.J. (2006). El consentimiento informado en la Jurisprudencia Argentina. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 10, 1-58.

- Hortelano. (1990). *Problemas actuales de Moral. Tomo II.* . Salamanca: Sígueme.
- Howarth, D. (1997). *La teoría del discurso en David Marsh y Gerry Stoker (eds.), Teoría y métodos de la ciencia política (versión española de Jesús Cuellar Menezo (1a Edición en Inglés 1995 ed.)).* Madrid: Alianza.
- I.S.N.A. (31 de 10 de 2014). *Intersex Society of North America.* Obtenido de <http://www.isna.org/faq/concealment>
- INEC. (10 de 04 de 2015). *Instituto Nacional de Estadística y Censos.* Obtenido de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Jonas, H. (1995). *El Principio de la Responsabilidad.* Barcelona: Herder.
- Jorge Riechmann; Joel Tickner. (2002). *El principio de precaución en medio ambiente y salud pública: de las definiciones a la práctica.* Barcelona: Icaria.
- Julián. (02 de Noviembre de 2013). *Conversatorio sobre Transexualidad. Antropología de la Salud, Maestría en Bioética UNA-UCR.* (J. J. Acuña, Entrevistador) Heredia, Heredia, Costa Rica.
- Katz, J. (1976). *Gay american history: lesbians and gay men in the USA: a documentary anthology.* Nueva York: Crowell.
- Katz, Ralph V; Stefanie L. Russell, S. Steven Kegeles, Nancy R, Kressin. (Noviembre de 2006). The Tuskegee Legacy Project: Willingness of Minorities to participate in Biomedical Research. *J Health Care Poor Underserved*, 698-715.
- Krafft-Ebing, R. v. (02 de 04 de 2014). <http://selfdefinition.org/possession/Kraft-Ebbing-Psychopathia-Sexualis.pdf>. Obtenido de <http://selfdefinition.org/possession/Kraft-Ebbing-Psychopathia-Sexualis.pdf>
- Kronemeyer, R. (1980). *Overcoming homosexuality.* Nueva York: Macmillan.
- Kun Suk Kim, Jongwon Kim. (2011). Disorders of sex development. *Korean Journal of Urology*, 1-8.
- Kundera, M. (2002). *La insoportable levedad del ser.* México: Fabula.
- Lagarde, M. (1996). Género. En M. Lagarde, *La perspectiva de género* (págs. 13-38). España: Horas y Horas.

- Lagarde, M. (s.f.). *Identidad de Género y Derechos Humanos. La construcción de las humanas.*
- León Correa, Francisco Javier; Simó, Rosa María; Schmidt, Ludwig; Anguita, Verónica. (2013). *Experiencias de los Comités de Ética Asistencial en España y Latinoamérica. Análisis de casos ético-clínicos.* Santiago de Chile: Felaibe.
- Levinas, E. (1999). *Totalidad e Infinito. Ensayo sobre la exterioridad.* Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Ley 26.743 Identidad de Género. (s.f.).
- LEY 3/2007, de 15 de marzo, Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. (s.f.).
- Ley N°18.620 Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. (s.f.).
- Lowenstein, K. (1976). *Teoría de la Constitución.* Barcelona: Ariel.
- Madrigal Ballesteros, F. y. (2000). *Suicidio en la Población homosexual costarricense.* SAN JOSÉ, COSTA RICA: CIPAC.
- Marcy, P. (1997). *La sociedad contemporánea. Una introducción histórica.* Barcelona: Ariel.
- Marlasca, A. (2002). *Introducción a la bioética.* Heredia: Cuadernos Prometeo.
- Max, L. W. (1935). Breaking up a homosexual fixation by the condition reaction technique: a case study. *Psychology Bulletin* 32, 734.
- Meccia, E. (s.f.). CPS. Obtenido de www.cps.org.ar/sites/default/files/.../La_sexualidad_Lo_religioso.doc
- Medellín Urquiaga, X. (2013). *Principio pro persona.* México: Corte Suprema de Justicia de la Nación.
- MEDLINEPLUS. (12 de 08 de 2014). *MedlinePlus.* Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm>
- Meece, J. (2000). Desarrollo del niño y del adolescente. *Compendio para educadores SEP*, 101-127.

- Melissa Hines; Charles Brook; Gerard S. Conway. (2010). Androgen and Psychosexual Development: Core Gender Identity, sexual orientation and recalled childhood gender role behavior in Women and Men with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Journal of Sex Research*, 75-81.
- Merino, Paulina; Bachega, Tania; Céspedes, Pablo; Trejo, León; Billerbeck, Ana Elisa; Codner, Ethel. (2007). Utilidad del estudio molecular de CYP21A2 en el manejo prenatal de hiperplasia suprarrenal congénita: detección de dos nuevas mutaciones en Chile. *Revista Médica de Chile*, 11(135), 1450-1455.
- Moara de Madeiros Rocha Santos; Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo. (2008). Family perceptions and coping strategies on cases of intersexuality. Understanding their significance. *The Spanish Journal of Psychology*, 573-580.
- Monique Pyrrho, Gabriele Cornelli, Volnei Garrafa. (2009). Dignidad humana. Reconocimiento y Operalización del Concepto. *Acta Bioethica*, 65-69.
- Montalvo, J. M. (1976). Anomalías Congénitas y Asignación del Sexo en el Recién Nacido. Comprendiendo el pseudohermafroditismo y hermafroditismo. *1er Curso Internacional de Pediatría*. Tegucigalpa.
- Mosca, G. (1896). *Elementi di Scienza Política*.
- Nathaniel MacConaghy; Michael S Armstrong; Alex Blaszczyński. (1981). Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality. *Behavior Response & Therapy* 19, 425.
- Nino, C. S. (1989). *Ética y Derechos Humanos: un ensayo de fundamentación*. España: Ariel.
- O.M.S. (2010). *Glosario de Terminología en TRA*. Obtenido de <http://www.who.org>
- Observatorio de Bioética y Derecho. (19 de 04 de 2015). *Observatori de Bioètica i Dret*. Obtenido de <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- OEA. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- OMS. (1970). *Factores genéticos y malformaciones congénitas*.

- OMS. (2002). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- ONU. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*.
- ONU. (04 de 04 de 2015). *Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/documents/charter/preamble.shtml>
- Opinión Consultiva CIDH 7/86, 7/86 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 1986).
- Opinión Separada del juez Rodolfo E. Piza Escalante CIDH OC-5/85, OC-5/85 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 13 de noviembre de 1985).
- Ovidio. (11 de Agosto de 2014). *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. Obtenido de www.cervantesvirtual.com: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/metamorfosis--0/html/ff8ccec6-82b1-11df-acc7-002185ce6064_5.html#l_10_
- Owensby, N. M. (1940). Homosexuality and Lesbianism Treated with Metrazol. *Journal of Nervous & Mental Disease* 92, 65-66.
- P.N.T.N.CR. (31 de 10 de 2014). *Programa Nacional de Tamizaje Neonatal*. Obtenido de <http://www.tamizajecr.com/profesionales.html>
- Pablo Simón; Inés María Barrio. (2004). *¿Quién decidirá por mí?* Madrid: Triacastela.
- Pacheco de Arauz, Gloria; Piza Escalante, Jorge; Arauz Pacheco, Carlos; Fallas F, Patricia. (1984). Frecuencia de las malformaciones congénitas en las autopsias del Hospital Nacional de Niños. *XLVII Congreso Médico Nacional, 3 al 8 de diciembre de 1984*. San José.
- Papiernik., E. (1990). *Diagnostic antenatal et problemes ethiques*. Chirurgie.
- Pediatrics, A. A. (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*.
- Pérez Argos, B. (. (2014). *Exposición esquemática de la cuestión social y sus soluciones históricas: liberalismo, socialismo, marxismo*. Obtenido de www.mercaba.org/Filosofia/argos_04-1.htm. Obtenido de www.mercaba.org/Filosofia/argos_04-1.htm: http://www.mercaba.org/Filosofia/argos_04-1.htm

- Peter L. Berger; Thomas Luckmann. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rawls, J. (2006). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Real Academia Española. (16 de 04 de 2015). *Real Academia Española*.
Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Ricardo Pimentel Melló; Juliana Vieira Sampaio. (2012). *Corpos Intersex Borrando Fronteiras Do Discurso Médico*. NUFEN.
- Rutner, I. T. (1970). A double-barrel approach to modification of homosexual behavior. *Psychology Report* 26, 256-58.
- Sala Constitucional Costa Rica Sentencia 850-90 , 835-90 (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica 18 de julio de 1990).
- Sánchez de La Cruz B, Guzmán J, Carrero F, Nieto A, Pérez M, Caraballo A et al. (2005). Hermafroditismo Verdadero. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, 3(2), 25-29.
- Santo Tomás de Aquino. (s.f.). En Santo Tomás de Aquino.
- Saul Rosenzweig; R.G. Hoskins. (1941). A note on the ineffectualness of sex-hormone medication in case of pronounced homosexuality. *Psychosomatic Medicine* 3, 87-89.
- Sentencia, 5934-97 (Sala Constitucional 23 de setiembre de 1997).
- sentencia 5934-97 (Sala Constitucional 23 de setiembre de 1997).
- Serna Vanegas, M. M. (2012). El concepto biopolítico de la identidad de género en el estado intersexual. *CES Derecho*, 128-142.
- Sharp, H. C. (1908). *The sterilization of degenerates*. National Christian League for Promotion of Purity.
- Sieckmann, J. R. (2011). *La Teoría Principialista de los derechos fundamentales*. Barcelona: Marcial Pons.
- Silvia García Dauder; Carmen Romero Bachiller. (2010). Las Políticas de los nombres: La controversia DSD versus intersexualidad. *VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género* .
- Simón, P. (2000). *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.

- Spinola-Castro, A. M. (2005). A importancia dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 49(1).
- Torfing, J. (1998). Repaso al análisis del Discurso. *Debates políticos contemporáneos - En los márgenes de la modernidad*. Plaza y Valdéz / Seminario de Profundización en Análisis Político de Discurso, México.
- Toro-Alfonso, J. (2007). Juntos pero no revueltos: Cuerpo y género. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 146-156.
- Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica. (17 de mayo de 2011). *Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011*. Obtenido de <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/registrodelestadocivil.pdf>
- Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica. (02 de 04 de 2014). *www.tse.go.cr*. Obtenido de <http://www.tse.go.cr>
- UCR. (noviembre de 2011). *Endocrinología UCR*. Obtenido de <http://endocrinologia-ucr.blogspot.com/2011/11/hiperplasia-suprarrenal-congenita.html>
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En UNESCO (Ed.), *Actas de la Conferencia General*, (págs. 80-86). París.
- UNICEF. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Vanossi, J. (2000). *Teoría Constitucional*. Depalma.
- Varsi Rospigliosi, E. (2002). La bioética en las constituciones del mundo. *Acta Bioethica*.
- Véronique Tardy-Guidollet, Rita Menassa, Jean-Marc Costa, Michel David‡, Claire Bouvattier-Morel, Clarisse Baumann, Muriel Houang, Françoise Lorenzini, Nicole Philip, Sylvie Odent, Agnès Guichet, and Yves Morel. (2014). New Management Strategy of Pregnancies at Risk of Congenital Adrenal Hyperplasia Using Fetal Sex Determination in Maternal Serum: French Cohort of 258 Cases. *Endocrine Society. The Journal of clinical endocrinology and metabolism*.
- Vial Correa, Juan de Dios; Rodríguez Guerra, Angel . (2009). La dignidad de la persona humana. Desde la fecundación hasta su muerte. *Acta Bioethica*, 55-64.

- Villarroel, R. (2000). Bioética Hermenéutica. *Acta Bioethica*, 143-157.
- Wilchins, R. (2001). A girl's right to choose: intersex children and parents challenge narrow standards on gender. *National NOW Times*, 34(2).
- Williams, B. (1998). *Introducción a la Ética*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Wolkemer, A. C. (2001). *Pluralismo Jurídico. Fundamentos de una nueva cultura del Derecho*. Sao Paulo: Alfa Omega.
- World Medical Association. (19 de 04 de 2015). WMA. Obtenido de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- World Press. (2000-2003). *El futuro del Mundo*. Obtenido de <https://futurodelmundo.files.wordpress.com/2009/01/historia-de-la-segunda-guerra.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL-UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
Cuestionario Abierto para Investigación
Intersexualidad en Costa Rica
Trabajo Final de Investigación para optar por el grado de Máster en Bioética

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ENTREVISTADO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Carmen Di Mare Hering

TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO: Doctorado

CARRERA: Medicina

ESPECIALIDAD: Cirugía

LUGAR DE TRABAJO: Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

CARGO: Jefe a.i. del Área de Bioética

CUESTIONARIO:

Desde su experiencia profesional y cargo puede indicar si conoce sobre el tema de la intersexualidad y su incidencia en el país.

Como profesional en el campo de la bioética, ¿podría indicar cuál es la incidencia de casos de intersexualidad en el país?

Podría indicar a su criterio ¿cuál es la causa más frecuente asociada a la intersexualidad?

¿Estima usted que en todos los casos debe tratarse la intersexualidad con intervención quirúrgica?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, una guía de tratamiento y abordaje de los recién nacidos intersexuales o de las personas intersexuales en general?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, un protocolo de atención médica y abordaje de las personas intersexuales?

¿Sabe usted si el Comité de Ética del Hospital Nacional de Niños conoce de todos y cada uno de los casos de intersexualidad en recién nacidos? Si no es así, ¿Por qué?

¿Qué papel juegan los Comités de Ética en el Hospital Nacional de Niños en relación con los menores intersexuales recién nacidos respecto al procedimiento sugerido por el médico para su tratamiento e intervención?

¿Sabe usted quién, del Equipo Médico, está encargado de recabar el Consentimiento Informado para la intervención de una persona intersexual, sea menor o mayor de edad?

¿Estima usted necesario impulsar una legislación específica para la protección de los derechos de las personas intersexuales?

FECHA:

RÚBRICA:

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL-UNIVERSIDAD DE COSTA RICA MAESTRÍA EN BIOÉTICA

Cuestionario Abierto para Investigación Intersexualidad en Costa Rica

Trabajo Final de Investigación para optar por el grado de Máster en Bioética

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ENTREVISTADO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Doctor Erick Richmond Padilla

TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO:

CARRERA: Medicina

ESPECIALIDAD: Endocrinología

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera

CARGO: Jefe del Servicio de Endocrinología

CUESTIONARIO:

Desde su experiencia profesional y cargo puede indicar si conoce sobre el tema de la intersexualidad y su incidencia en el país.

Como profesional en el campo de la medicina, especialmente en la Endocrinología pediátrica, ¿podría indicar cuál es la incidencia de casos de intersexualidad en recién nacidos en el Hospital Nacional de Niños?

Podría indicar a su criterio ¿cuál es la causa más frecuente asociada a la intersexualidad?

Podría indicar: a lo largo de su ejercicio profesional, ¿cuántos menores intersexuales han ameritado realmente una intervención quirúrgica de reasignación sexual?

¿Estima usted que en todos los casos debe tratarse la intersexualidad con intervención quirúrgica?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, una guía de tratamiento y abordaje de los recién nacidos intersexuales o de las personas intersexuales en general?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, un protocolo de atención médica y abordaje de las personas intersexuales?

¿Sabe usted si el Comité de Ética del Hospital Nacional de Niños conoce de todos y cada uno de los casos de intersexualidad en recién nacidos? Si no es así, ¿Por qué?

¿Qué papel juegan los Comités de Ética en el Hospital Nacional de Niños en relación con los menores intersexuales recién nacidos respecto al procedimiento sugerido por el médico para su tratamiento e intervención?

¿Sabe usted quién, del Equipo Médico, está encargado de recabar el Consentimiento Informado para la intervención de una persona intersexual, sea menor o mayor de edad?

¿Estima usted necesario impulsar una legislación específica para la protección de los derechos de las personas intersexuales?

FECHA:

RÚBRICA:

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL-UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

Cuestionario Abierto para Investigación
Intersexualidad en Costa Rica

Trabajo Final de Investigación para optar por el grado de Máster en Bioética

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ENTREVISTADO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Hazel Gutiérrez Ramírez

TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO: Doctorado

CARRERA: Medicina

ESPECIALIDAD: Oncología, Bioética

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera

CARGO: Miembro del Comité Local de Bioética del Hospital Nacional de Niños

CUESTIONARIO:

Desde su experiencia profesional y cargo puede indicar si conoce sobre el tema de la intersexualidad y su incidencia en el país.

Como profesional en el campo de la medicina y la bioética, ¿podría indicar cuál es la incidencia de casos de intersexualidad en el país?

Podría indicar a su criterio ¿cuál es la causa más frecuente asociada a la intersexualidad?

¿Estima usted que en todos los casos debe tratarse la intersexualidad con intervención quirúrgica?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, una guía de tratamiento y abordaje de los recién nacidos intersexuales o de las personas intersexuales en general?

¿Sabe usted si existe en el Hospital Nacional de Niños o en algún otro Hospital Nacional, un protocolo de atención médica y abordaje de las personas intersexuales?

¿Sabe usted si el Comité de Ética o de Bioética del Hospital Nacional de Niños conoce de todos y cada uno de los casos de intersexualidad en recién nacidos? Si no es así, ¿Por qué?

¿Qué papel juegan los Comités de Ética o de Bioética en el Hospital Nacional de Niños en relación con los menores intersexuales recién nacidos respecto al procedimiento sugerido por el médico para su tratamiento e intervención?

¿Sabe usted quién, del Equipo Médico, está encargado de recabar el Consentimiento Informado para la intervención quirúrgica de una persona intersexual, sea menor o mayor de edad?

¿Estima usted necesario impulsar una legislación específica para la protección de los derechos de las personas intersexuales?

FECHA:

RÚBRICA:

Anexo 4

Egresos hospitalarios debidos a Hiperplasia Suprarrenal Congénita ¹ por año según centro de salud. C.C.S.S., 1997-2014																		
Centro de salud	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ^a
Total	76	73	71	77	72	99	89	68	60	51	65	71	58	67	78	125	110	47
H. Rafael A. Calderón Guardia	2	1	2	2	-	2	2	1	3	1	1	1	2	2	-	2	-	-
H. San Juan de Dios	2	-	-	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	2	1	2	-	-
H. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	59	60	57	68	59	64	68	52	43	39	47	52	39	53	61	98	97	35
H. México	-	-	-	-	-	3	-	1	-	2	4	5	4	3	4	5	5	2
H. de Las Mujeres (Adolfo Cantí)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
H. Raúl Blanco Cervantes	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro Nac. de Rehabilitación	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. San Rafael de Alajuela	2	2	1	-	-	-	-	1	-	1	2	3	2	3	3	5	5	1
H. San Francisco de Asís	4	3	1	-	-	1	3	1	-	1	2	2	1	-	-	1	1	1
H. Carlos Luis Valverde Vega	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	2	1	1	2	-	1
H. San Vicente de Paúl	-	-	1	-	1	1	-	2	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1
H. Max Peralta Jiménez	2	3	3	-	2	-	-	-	4	-	1	-	1	-	2	-	-	-
H. Max Terán Valls	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
H. San Carlos	2	1	2	1	1	4	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
H. Monseñor Sanabria	1	2	1	-	4	-	1	2	2	1	2	-	2	-	-	1	-	-
H. Enrique Baltodano Briceño	1	-	-	-	-	-	1	3	4	1	1	1	-	-	-	1	-	2
H. La Anexión	1	-	-	2	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2
H. Upala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
H. Tony Facio Castro	-	1	1	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-	-	1	1	-	-
H. Guápiles	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
H. Fernando Escalante Pradilla	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	2	1	1	2	1	1	-	1
H. Manuel Mbra Valverde (Golfito)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Tomás Casas Casajús	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-
H. Ciudad Neilly	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-
H. San Vito de Coto Brus	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

¹/Dato seleccionado como diagnóstico principal y secundarios
^a/Datos del año 2014 preliminares sujetos a cambios por revisiones
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Egresos hospitalarios debidos a Hiperplasia Suprarrenal Congénita ¹ por año según sexo y grupo de edad. C.C.S.S., 1997-2014																		
Sexo y grupo edad	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ^a
Total	76	72	69	74	71	96	79	68	59	50	63	71	53	66	75	124	110	47
Hombre	34	27	30	30	30	30	32	24	28	31	48	32	20	18	21	32	17	12
Menos de 1	16	13	13	16	15	12	12	6	16	16	26	15	10	11	9	13	9	6
01 - 04	13	7	4	4	8	7	13	13	6	5	7	9	6	6	8	11	3	4
05 - 09	3	5	10	2	2	4	2	-	2	5	7	7	3	1	2	5	3	1
10 - 14	2	2	3	6	2	6	4	4	3	3	5	-	1	-	-	1	1	1
15 - 19	-	-	-	2	3	1	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-
20 - 44	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	2	2	-	1
Mujer	41	45	38	44	41	66	47	42	31	19	15	33	29	46	50	88	88	31
Menos de 1	4	6	7	12	10	7	4	12	15	2	2	4	1	-	2	8	9	7
01 - 04	19	20	6	9	11	23	15	7	4	6	6	6	4	3	6	13	17	9
05 - 09	10	8	16	14	8	13	12	11	2	2	3	4	9	16	21	20	22	3
10 - 14	4	6	7	7	9	17	11	5	3	1	1	6	7	14	15	27	21	4
15 - 19	-	4	2	1	3	4	3	2	3	2	1	7	2	7	3	12	14	3
20 - 44	4	1	-	1	-	2	2	5	3	2	2	6	5	6	3	8	6	6
45 - 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
65 y Más	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indefinido	1	-	1	-	-	-	-	2	-	4	-	6	4	2	4	4	5	4

¹/Dato seleccionado como diagnóstico principal y secundarios
^a/Datos del año 2014 preliminares sujetos a cambios por revisiones
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Anexo 5

Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Pseudohermafroditismo por año según centro de salud. C.C.S.S., 1997-2014																		
Centro de Salud	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	13	23	20	23	14	17	11	15	6	3	16	7	8	5	9	9	11	8
H. Rafael A. Calderón Guardia	-	-	1	2	-	-	-	1	1	1	2	1	-	1	-	3	1	-
H. San Juan de Dios	3	1	2	2	-	2	1	2	1	-	2	1	1	-	-	-	1	1
H. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	7	14	11	9	9	9	5	7	1	1	5	3	4	2	5	2	2	4
H. México	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	1	1	-	-
H. de Las Mujeres (Adolfo Carit)	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-
H. San Rafael de Najuela	-	1	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	-
H. San Francisco de Asís	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
H. Carlos Luis Valverde Vega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
H. San Vicente de Paúl	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Max Peralta Jiménez	2	2	1	1	-	1	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
H. William Allen	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Max Terán Valls	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
H. San Carlos	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	2	1
H. Los Chiles	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Monseñor Sanabria	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
H. Enrique Baltodano Briceño	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
H. Tony Facio Castro	-	1	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1
H. Guápiles	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Fernando Escalante Pradilla	-	1	1	-	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
H. Manuel Mbra Valverde (Golfito)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
H. Ciudad Neilly	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

NOTA: Datos del año 2014 preliminares sujetos a cambios por revisiones.
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Pseudohermafroditismo por año según diagnóstico principal. C.C.S.S., 1997-2014																		
Diagnóstico principal	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	13	23	20	23	14	17	11	15	6	3	16	7	8	5	9	9	11	8
Hermafroditismo, no clasificado en otra parte	1	9	9	7	7	3	3	4	1	1	5	3	4	2	4	3	2	2
Pseudohermafroditismo masculino, no clasificado en otra parte	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pseudohermafroditismo femenino, no clasificado en otra parte	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Pseudohermafroditismo, no especificado	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo indeterminado, sin otra especificación	8	11	11	15	7	14	8	11	5	2	11	4	3	3	5	6	9	5
Hermafrodita verdadero 46,XX	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

NOTA: Datos del año 2014 preliminares sujetos a cambios por revisiones.
Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Anexo 6

Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Pseudohermafroditismo por año según sexo y grupo de edad. C.C.S.S., 1997-2014																		
Sexo y grupo de edad	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	13	23	20	23	14	17	11	16	6	3	16	7	8	6	8	8	11	8
Hombre	4	8	12	9	8	9	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Menos de 1	3	7	12	9	7	9	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
01 - 04	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujer	6	10	3	7	3	6	4	9	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1
Menos de 1	1	6	2	6	3	-	4	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
01 - 04	3	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05 - 09	1	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	2	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 44	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
45 - 64	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indefinido	3	6	6	7	3	2	2	1	6	2	16	7	7	6	9	9	9	7

NOTA: Datos del año 2014 preliminares sujetos a cambios por revisiones.

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

NOTAS

ⁱ "In the 1950s, a team of medical specialists at Johns Hopkins University developed what has come to be called the "optimum gender of rearing" system for treating children with intersex. The notion was that the main thing you had to do in cases of intersex was to get the gender assignment settled early, so kids would grow up to be good (believable and straight) girls and boys.

Under the theoretic leadership of psychologist John Money, the Hopkins team believed that gender was all about nurture—that you could make any child into a "real" girl or boy if you made their bodies look right early (before about 18 months of age), and made them and their parents believe the gender assignment.

Though the Hopkins team wrote early on that children should be told the truth about their intersex histories in age-appropriate ways, in practice many medical care providers lied to patients or actively withheld medical history information from them.¹ Medical textbooks frequently gave doctors advice about how to lie to patients with intersex" Fuente: <http://www.isna.org/faq/concealment>

ⁱⁱ *Ibíd.*

ⁱⁱⁱ Según la última encuesta nacional del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, al 2011 la población total era de 4,301.712 personas. Fuente:

<http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx#>

^{iv} Procedimientos quirúrgicos en la cirugía de feminización: a y b, líneas de corte, movilización del seno urogenital. D, corte en el borde posterior del seno urogenital. E y f, formación del vestíbulo vaginal. G, feminización externa. (Rink y Cain, 2008) citado en (Alemán Ramírez, y otros, 2013)

^v John Money (Morrinsville, Nueva Zelanda, 8 de julio de 1921 – Towson, Estados Unidos, 7 de julio de 2006). Psicólogo y médico neozelandés especializado en sexología emigrado a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Su influencia fue determinante en la tesis de la identidad de género y el tratamiento hormono-quirúrgico de la transexualidad. Desde 1951 hasta su muerte fue profesor de pediatría y psicología médica en la Universidad John Hopkins. Fue el primer miembro honorario de la Asociación Española de Sociedades de Sexología (AEES) y se ha propuesto que el premio de investigación de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS) lleve su nombre. En 1991 Eli Coleman publicó «John Money, a tribute» en el *Journal of Psychology and Human Sexuality*, volumen 4, número 2, con la biografía de John Money. En 2002 recibió la medalla Magnus Hirschfeld de la Sociedad alemana para la investigación científico-social en sexualidad. En 2009 Money publicó su autobiografía intitulada *The thinking traveller, 1946-2003*.

^{vi} "1. El instinto homosexual aparece secundariamente, y siempre está referido a influencias (masturbación neurasténica, mental) que perturba la satisfacción sexual normal. Es, en todo caso, probable que a pesar de la presencia de una libido sensual poderoso, el sentimiento e inclinación por el sexo opuesto sea débil en su origen, especialmente en un sentido espiritual y estético" (traducción libre del autor)

^{vii} Rodolfo E. Piza Escalante como Juez de la CIDH, en una opinión separada a la Opinión Consultiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número OC-5/85 de 13 de noviembre de 1985 afirmó que el principio pro persona es "*[Un] criterio fundamental [que] [...] impone la naturaleza misma de los derechos humanos, la cual obliga a interpretar extensivamente las normas que los consagran o amplían y restrictivamente las que los limitan o restringen. [De esta forma, el principio pro persona] [...] conduce a la conclusión de que [la] exigibilidad inmediata e incondicional [de los derechos humanos] es la regla y su condicionamiento la excepción*". (Opinión Separada del juez Rodolfo E. Piza Escalante CIDH OC-5/85, 1985); y luego en la Opinión Consultiva 7/86, afirmó: "*el criterio fundamental es el que impone la naturaleza misma de los derechos humanos, la cual obliga a interpretar extensivamente las normas que los consagran o amplían y restrictivamente las que los limitan o restringen. Ese criterio fundamental – principio pro homine del derecho de los derechos humanos–, conduce a la conclusión de que su exigibilidad inmediata e incondicional es la regla, y su condicionamiento la excepción, de manera que si,*

en los términos en que está definido por la Convención el derecho de rectificación o respuesta, podría ser aplicado aún a falta de las referidas condiciones que establezca la ley, es un derecho exigible per se” (Opinión Consultiva CIDH 7/86, 1986)

^{viii} “Las garantías lo son para todos los habitantes de la República, extranjeros o nacionales, sin ninguna distinción o discriminación - véase que es el mismo concepto de “persona” a que se refiere el Tratado en su artículo 2, párrafo 1 incisos b) y c)-, de tal forma que su violación por cualquier ley o tratado causaría la nulidad de éste por inconstitucional; máxime que, conforme a toda la doctrina constitucionalista de inspiración democrática, los derechos fundamentales se amparan, entre otros, al principio de “favor libertatis”, a tenor del cual, en caso de incertidumbre u oscuridad de los textos expresos, hay que optar por la interpretación que ofrezca mayores garantías a las personas” (Sala Constitucional Costa Rica Sentencia 850-90, 1990)

^{ix} Constitución Política de la República de Costa Rica, Artículo 11: “Los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella. Deben prestar juramento de observar y cumplir esta Constitución y las leyes. La acción para exigirles la responsabilidad penal por sus actos es pública”. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2015)

^x Constitución Política de la República de Costa Rica, Artículo 28: “Nadie puede ser inquietado ni perseguido por la manifestación de sus opiniones ni por acto alguno que no infrinja la ley. Las acciones privadas que no dañen la moral o el orden públicos, o que no perjudiquen a tercero, están fuera de la acción de la ley”. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2015)

^{xi} Activista intersexual norteamericana y fundadora del Intersex Society of North America, ISNA.

^{xii} Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (ONU, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948)

^{xiii} Op. cit.

^{xiv} Ibídem

^{xv} Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (UNESCO, 2005)

^{xvi} Artículo 23 (Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica, Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011, 2011)

^{xvii} Artículo 1. (Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica, Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011, 2011)

^{xviii} Artículo 18.- Tanto el padre como la madre de la persona recién nacida están en la obligación de declarar el nacimiento de su hijo o hija, ya sea personalmente o por medio de autorización escrita. (Tribunal Supremo de Elecciones de Costa Rica, Reglamento del Registro del Estado Civil número 06-2011, 2011)

^{xix} Punto 3. (World Medical Association, 2015)

^{xx} Puntos 19 y 20. (World Medical Association, 2015)

^{xxi} Punto 25. ibídem

^{xxii} Punto 26 ibídem



SIBUNA



•F 1002404•