**Niñez Intersex**

Una deuda pendiente

Luisa López de la Casa

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales- Universidad Nacional de Tucumán

Maestranda en Estudios y Políticas de Género- Universidad Nacional de Tres de Febrero

luisalopezdelacasa@gmail.com

Eje 7: Transfeminismos, estudios de género y sexualidades

**Introducción**

La presente ponencia es el producto de una investigación que se encuentra en etapa preliminar de desarrollo. Desde una perspectiva de derechos humanos, tiene por objeto problematizar la ausencia de protocolos de atención en salud y la necesidad de un abordaje integral ante nacimientos de niñeces intersex y sus familias; busca reflexionar sobre la falta de datos y la existencia de prácticas continuas de tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas *correctivas/ normalizadoras* medicamente innecesarias. En este sentido, desde una perspectiva transfeminista, invita a pensar la categoría dicotómica ‘varón-mujer’, su réplica en el sistema biomédico y jurídico; permite observar la dificultad que representa deconstruir lo cultural del sexo, entendiendo que en este caso lo que no encaja, es la corporalidad.

**Las personas intersex son aquellas cuyas corporalidades presentan variaciones en las características sexuales -sean cromosomas, composición de las gónadas, niveles hormonales o variaciones de los órganos reproductivos o genitales- y, por ello, no encajan anatómicamente dentro de los patrones sexuales que constituyen el sistema binario varón/mujer.** “La intersexualidad no es una enfermedad, sino una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal.” (Cabral, 2003). **Es importante reconocer que la intersexualidad** **engloba diferentes y disímiles corporalidades; por ejemplo, una persona puede nacer con formas genitales típicamente femeninas, pero contar con testículos internos y cromosomas XY; o puede nacer con genitales que no son típicamente masculinos o femeninos, tener un clítoris más grande o un falo más pequeño de lo considerado normal. Desde el campo de la medicina,** gran parte de estas variaciones se las denomina “differences of sex development” (DSD).

La intersexualidad, anteriormente mal nombrada hermafroditismo, sigue siendo un tabú, se desconocen datos de nacimientos de personas intersex y de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre aquellos cuerpos; existe poca visibilización de las necesidades particulares del colectivo y poca representación de sus corporalidades y puesta del problema en la agenda pública. En este sentido, me parece primordial sacarla de ese lugar invisible, silenciado y vergonzante en el que se encuentra por no corresponder con parámetros culturales de *normalidad*, ya que el silencio y la vergüenza es consustancial con una política que prefiere no cuestionar prácticas instauradas y legitimadas que dan tranquilidad a una parte de la población a costa del sufrimiento de otra: son “marcas de sus ideas sobre el género y la sexualidad grabadas en el cuerpo para siempre” (Cabral, 2003).

Si bien existen datos universales aproximados, desde Naciones Unidas (2019, p.2) se afirma que “Según expertos, entre un 0,05% y un 1,7% de la población nace con rasgos intersex.”, podemos observar que la brecha entre uno y otro porcentaje es grande[[1]](#footnote-1).

Una de las problemáticas centrales que enfrentan las personas intersex, en particular las niñeces, tiene que ver con que **sus diferencias corporales son leídas como *fallas, malformaciones o patologías*** **y se tiende a querer *corregir* las corporalidades para que se correspondan con cuerpos femeninos o masculinos a través de** tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas *correctivas/normalizadoras*, también denominadas cosméticas, es decir, aquellas que buscan rectificar un sexo para hacerlo encajar en el binarismo imperante. Claramente no se planteará aquí ningún reparo respecto a las actuaciones médicas terapéuticas o urgentes, ante cuadros en los que está en riesgo la salud o vida de una persona; la preocupación reside en los casos donde el riesgo no existe.

Ahora bien, la niñez es una etapa de gran vulnerabilidad que precisa de una protección especial por parte del Estado, entonces, la niñez intersex plantea la necesidad de reflexionar particularmente sobre dichas prácticas en pos de resguardar sus derechos: la autonomía, integridad, identidad de género, igualdad y no discriminación, entre otros. Entiendo necesario pensar la problemática de las niñeces intersex desde el Sistema de protección de niñas, niños y adolescentes, garantizar sus derechos, dotarles de autonomía, respetar la capacidad progresiva en la toma de decisiones, fortalecer las posibilidades de elección respecto al libre desarrollo con instituciones y agencias del Estado, la familia y la sociedad, que ayuden y acompañen en sus decisiones.

Entonces, ¿podemos afirmar que existe interacción entre la perspectiva de niñez y la de género? A la luz de los derechos humanos y legislación vigente en nuestro país, ¿Cuáles son los aportes más significativos de las últimas modificaciones legislativas para la niñez intersex? Un protocolo de salud, ¿debería contemplar el consentimiento directo, libre e informado de la persona intervenida?

**Primera aproximación**

Para poder adentrarnos a la cuestión de análisis, en una primera instancia quisiera plantear algunos posicionamientos teóricos que nos permitan comprender cómo se fueron conceptualizando y entendiendo socialmente las nociones de sexo y género; para luego reflexionar sobre la vacancia en el reconocimiento de la intersexualidad, sus demandas concretas y los patrones sociales discriminatorios que prevalecen.

Algunas teóricas feministas, en el intento de mostrar que “la biología no es destino”, entendieron el sexo como algo previo, natural y biológico, dejando al género como lo cultural y construido socialmente; denotando la existencia de categorías estables y dicotómicas: hombre/mujer, con la consiguiente obligación de clasificar todos los cuerpos dentro de ellas. Maffía (2008) manifiesta que las dicotomías son “pares de conceptos exhaustivos y excluyentes (que) han dominado el pensamiento occidental, siguen dominando nuestra manera de analizar la realidad como ámbitos separados que se excluyen mutuamente y por fuera de los cuales no hay nada.” Y están jerarquizados.

Judith Butler (2007) nos invita a pensar que “(s)i se refuta el carácter invariable del sexo, quizás esta construcción denominada «sexo» esté tan culturalmente construida como el género.” (p.55); parada desde la genealogía y con claras influencias de Foucault, sostiene que no existen tales conceptos fijos y esenciales, que no se puede pensar el sexo de ese modo y propone desmontarlo. Manifiesta que esa definición de género no hace otra cosa que reforzar las diferencias genéricas masculino/femenino, sus jerarquías y una heterosexualidad obligatoria: la matriz heterosexual, que permite la existencia de lo que nombra en tanto aquello quede ajustado a esta. A su vez, nos dice que lo masculino/femenino, hacen del sexo algo binario, porque crean la idea de que detrás de lo femenino está la mujer y detrás de lo masculino está el varón como naturaleza. En síntesis, pensar al sexo como lo *natural* lo deja a salvo, indiscutible y se contribuye a su repetición. Ahora bien, ¿qué sucede cuando ese sexo no encaja en lo binario?

En el artículo “Los cinco sexos”, Fausto-Sterling (1993) cuestiona el dimorfismo sexual y se pregunta si no pueden sumarse los diferentes subgrupos principales de aquel término que la literatura médica llama intersexo. De este modo, problematiza y se aparta de la noción binaria del sexo.

Si cuestionamos la categoría de sexo como lo biológico y natural, nos encontramos con el poder, los discursos y prácticas que moldean a los sujetos, sus expresiones y deseos, produciendo sujetos *coherentes*: “géneros «inteligibles» son los que de alguna manera instauran y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo” (Butler, 2007, p.72); dejando al margen, excluyendo, prohibiendo e inclusive castigando lo que no encaja en ello, sean las identidades trans, las orientaciones no heterosexuales o la intersexualidad. Aquellos fantasmas de incoherencia van a ser menos inteligibles, acechan a esa matriz y a los parámetros culturales de *normalidad*.

Estamos social y culturalmente atravesades por una generización compulsiva (Serano, 2007), esto es, vivimos constante y activamente generizando a las personas. Y así se comprende que la urgencia con respecto a la asignación de un género es central, para las sociedades, las familias y profesionales intervinientes. Si es nena o nene es lo que marca la diferencia, porque aquella no es una diferenciación neutral, sino que se convierte en una inscripción lingüística, que va a dar inicio a aquello que Butler (2007) enuncia como performatividad, esa cadena de comportamientos repetidos, que conformará la subjetividad de esa persona. Entonces, la decisión se toma con premura ante los posibles interrogantes de “¿Podrá ser una mujer feliz con ese cuerpo? (…) ¿Y qué decir si el recién nacido es un varón, un varón intersex cuyo pene no crecerá?” (Cabral, 2003). Se juegan allí reglas sociales y expectativas respecto a esas corporalidades.

Es en este marco que los poderes biomédicos y jurídicos buscarán los mecanismos para curar, normalizar y regular esos cuerpos, incluso las familias solicitarán la realización de dichas prácticas por las propias expectativas sociales y lo que culturalmente se espera; y así, se ponen en marcha para descubrir el *verdadero sexo*, para asignar los deseos y prácticas permitidas, configurándose posiciones entre, quienes por un lado sostienen la necesidad de *corregir* tempranamente los cuerpos para que encajen en el par dicotómico y, quienes luchan por lograr autonomía en la decisión sobre sus cuerpos.

Diversas instituciones se han encargado de silenciar estos cuerpos intersex; desde épocas coloniales, pasando por las tesis de John Money en los años 50’ que predominan en la actualidad, se han validado todo tipo de tratamientos e intervenciones quirúrgicas que tienen como finalidad hacer encajar a todas las corporalidades en el dimorfismo sexual. Existe la creencia que las intervenciones quirúrgicas están justificadas en prevenir un sufrimiento emocional, sin embargo, no hay estudios que respalden dicha afirmación. De hecho, los estudios reunidos para justificar el tratamiento médico a menudo sugieren lo contrario. (Fausto Sterling, 2006, p. 119).

Se torna necesario cuestionar las construcciones sociales respecto a la normalidad y dejar de modificar cuerpos para empezar a cambiar concepciones vetustas; tener una mirada crítica sobre estas prácticas, resguardar los derechos de la niñez intervenida y visibilizarlas; sobre todo considerando que nuestra Ley N° 26.743 de Identidad de Género (LIG), reconoce la autodeterminación sin necesidad de acreditar ningún tipo de intervención quirúrgica parcial o total, esto es, el género como una vivencia interna e individual, y la necesidad de respetar la autonomía, identidad, la igualdad, entre otros.

La intersexualidad fue considerada una *anormalidad sexual* desde la época colonial y, de hecho, fueron una posibilidad dentro de los órdenes de la *monstruosidad* (Foucault, 2007); es decir, era algo que difícilmente se pudiera *corregir* pero que de alguna manera debía ser *rectificado* a través de las instituciones. Pensemos la gubernamentalidad planteada por Foucault, como las estrategias mediante las que las instituciones ejercen el poder y control de la ciudadanía a través de distintos dispositivos como la cárcel, la policía, la escuela, los hospitales, entre otras. ¿Acaso lo no inteligible de estas corporalidades hace tambalear el orden social? Fausto Sterling (2006) dice que, puesto que los intersexuales encarnan ambos sexos, su existencia debilita las convicciones sobre las diferencias sexuales.

El dispositivo de la corporalidad, es el mismo que regula y establece cuales cuerpos serán funcionales y, por tanto*, normales.* Contrera y Cuello (2016) refiriéndose a los cuerpos gordos, manifiestan que

El dispositivo de la corporalidad se vuelve locuaz a través del imperativo de la salud, la apariencia o el bienestar. (…) Si bien no hay un cuerpo “normal” como modelo ideal homogéneo (la exigencia de la normalidad es una demanda imposible), bajo este régimen sí hay variables que nos acercan o alejan del objetivo de encajar en los patrones corporales. (p.27)

Esas corporalidades sin patrones vienen a interrumpir en las concepciones sexo-genéricas binarias, la matriz heterosexual butleriana y digo corporalidades en plural, porque no hay homogeneidad, son cuerpos diversos aquellos campos de batalla.

Ahora bien, pensar en la niñez requiere de una mirada que contemple la vulnerabilidad particular del colectivo, que les comprenda como sujetos de derecho con capacidad progresiva y la consiguiente obligación del Estado de bregar por la protección de sus derechos con la especialidad que requieren. En este sentido, urge tomar medidas que visibilicen el problema de la niñez intersex, realizar protocolos con enfoques de niñez y género ya que mientras esto no suceda seguirán produciéndose tratamientos e intervenciones quirúrgicas innecesarias en niñes, con posibles consecuencias negativas. En virtud de ello, a continuación, propongo analizar algunos avances en la región, en nuestra legislación y, finalmente pensar los puntos necesarios a tener en cuenta para un posible abordaje que contemple la autonomía progresiva de las infancias.

**Enfoque regional**

Diferentes organismos del sistema universal[[2]](#footnote-2) y regional de los derechos humanos, se han manifestado contrarios a las prácticas continuas de discriminación y violencia respecto al colectivo intersex.

El Comité de los Derechos del Niño se ha pronunciado en numerosas observaciones encuadrando los abordajes acordes a los derechos de la niñez[[3]](#footnote-3). En la Observación General N°7, Sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia, ha condenado la mutilación genital femenina, apuntándola como una práctica discriminatoria que afecta la supervivencia y todas las esferas de sus vidas, y ha manifestado la necesidad de aplicar el interés superior y brindarles la posibilidad de expresar sus opiniones, hacer elecciones y comunicar sus sentimientos, ideas y deseos de múltiples formas respecto de todas las medidas que les afecten y exige medidas activas, tanto para proteger sus derechos y promover su supervivencia, crecimiento y bienestar como para apoyar y asistir a los padres y a otras personas que tengan la responsabilidad cotidiana de la realización de los derechos. (CRC/C/GC/07, 2005, párr. 14)

Dicho Comité, en las Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina (2018) ha recomendado al Estado que “elabore y aplique un protocolo de atención de la salud basado en los derechos para niños intersexuales, y garantice que ningún niño sea sometido a intervenciones quirúrgicas o tratamientos innecesarios y que los niños participen en la mayor medida posible en la adopción de decisiones sobre su tratamiento y cuidado. Las familias con niños intersexuales deben recibir asesoramiento y apoyo adecuados.” (CRC/C/GC/07, párr. 26) y, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2018) se ha manifestado “preocupado por la falta de marco normativo e institucional para garantizar servicios de salud adecuados a las personas intersexuales (art. 12)” (E/C.12/ARG/CO/4, párr. 55).

Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) viene haciendo mención explícita hasta la actualidad de las vulneraciones de derechos que atraviesa la niñez intersex. En el informe sobre Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América (2015) ha sostenido que:

La mayoría de estos procedimientos son de naturaleza irreversible y se encuentran dirigidos a “normalizar” la apariencia de los genitales. Se ha reportado que estas cirugías y procedimientos causan un enorme daño en niños, niñas y adultos intersex, incluyendo, entre otros, dolor crónico, trauma de por vida, falta de sensibilidad genital, esterilización, y capacidad reducida o nula para sentir placer sexual. Con frecuencia estas cirugías resultan en esterilización forzada o coaccionada. (párr.10).

La Comisión enfatiza que la esterilización forzada e involuntaria de las personas intersex representa una grave violación de derechos humanos. La esterilización involuntaria puede tener serias implicaciones en la integridad física y psicológica, el derecho a la autonomía reproductiva y el derecho a la autodeterminación de las personas intersex; recomendando finalmente que las clasificaciones médicas que patologizan a todas las personas intersex o todas las variaciones de las características sexuales sean revisadas y modificadas (…). (párr. 192)

La CIDH suscribe que es una práctica estándar en el continente, que “ha sido informada sobre casos documentados en Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, México, Estados Unidos y Uruguay, entre otros. (…) nota que la documentación y los datos recopilados sobre esta problemática son escasos” (Párr. 184)

En este sentido, es interesante evidenciar cómo ciertos cambios de paradigmas fueron incorporándose en países de la región; algunos precedentes de medidas legislativas, administrativas y judiciales sientan las bases para prevenir estas prácticas que venimos mencionando respecto al colectivo de niñeces intersex.

En Colombia, la recepción fue jurisprudencial. La Corte Constitucional emitió varias sentencias por las que se dirimen cuestiones atinentes al tema[[4]](#footnote-4). Ya en el año 1999, mediante Sentencia SU-337/99 determinó que la niña debería ser quien decida sobre su identidad sexual “ya ha superado el umbral crítico de la identificación de género y tiene una clara conciencia de su cuerpo, no es legítimo el consentimiento sustituto paterno para que sea operada” (párr. 87); manifestó la necesidad de proteger los derechos al libre desarrollo de la personalidad y a la igualdad de la niña, y ordenó conformar un equipo interdisciplinario que atienda su caso y brinde el apoyo psicológico y social  necesario a la niña y su familia para que puedan comprender adecuadamente la situación que enfrentan.

En Uruguay la Ley N° 19.580 de Violencia hacia las mujeres basada en género (2018) en su artículo 22.J establece dentro de las Directrices para las políticas de salud que el Ministerio de Salud Pública y todo otro órgano y organismo vinculado a las políticas de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el ámbito de sus competencias, deben: “Protocolizar las intervenciones respecto de personas intersexuales, prohibiendo los procedimientos médicos innecesarios en niñas, niños y adolescentes.”

En México, la cuestión está regulada administrativamente a través del Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual que contempla la Guía de recomendaciones para la Atención de Intersexualidad y Variación en la Diferenciación Sexual (2020) que busca promover una transformación en la perspectiva de la atención médica y explicita, entre otras cuestiones: que en las decisiones y procesos de atención pediátrica en neonatos, niñas y niños intersexuales y/o con variación en la diferenciación sexual se debe limitar el uso de procedimientos quirúrgicos a los casos donde se encuentre en riesgo la vida y/o la funcionalidad de las personas; retrasar los posibles hasta que la persona intersex esté en condiciones de solicitar y consentir; sostiene además la necesidad de brindar información clara y completa a los representantes legales o tutores; recomiendan que el equipo multidisciplinario deberá estar integrado por subespecialistas pediátricos en endocrinología, cirugía/urología, psicología/psiquiatría, ginecología, genética, neonatología, trabajo social, enfermería, ética médica y otros especialistas de acuerdo a las particularidades de cada caso; quienes deberán considerar la perspectiva de los derechos humanos. (p. 38-44)

En Chile, el Ministerio de Salud de Chile emitió la Circular Nº 18 de 2015, por la cual se establecía que se detengan los tratamientos innecesarios de *normalización* de niños y niñas intersex, incluyendo cirugías genitales irreversibles hasta que tengan edad suficiente para decidir sobre sus cuerpos. Luego, mediante la Circular Nº 7 de 2016, se modificó y especificó el alcance estableciendo que “no se refiere a patologías en que existe un sexo claramente determinado, tanto genética y/o somáticamente”. Esta modificación fue repudiada por diferentes organizaciones intersex.

**La situación legal en Argentina**

Con la reforma constitucional de 1994 se incorporan a nuestro plexo normativo diferentes tratados internacionales de derechos humanos y, luego, se produjeron modificaciones legislativas que incorporaron el paradigma de los derechos humanos. Es menester destacar que Argentina es vanguardia en el reconocimiento de derechos humanos, y las últimas leyes aprobadas van en ese sentido. Así, nos encontramos entre otras, con la Ley 26.061 de Protección Integral de niños, niñas y adolescentes, Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario, Ley 26.74 de Identidad de Género, Ley 26.791 de Modificación al Código Penal, Ley 26.994 de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN), la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que amplía su alcance a todas las personas con capacidad de gestar, Ley 27.636 de Promoción al Empleo para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero. Importa mencionar que se han presentado proyectos de ley en diferentes oportunidades para garantizar los derechos de las personales intersexuales, pero los mismos han perdido estado parlamentario.

Si bien en el país no contamos con legislación específica, sin embargo, existe un gran trabajo de las organizaciones de la sociedad civil en pos de visibilizar las problemáticas y modificar prácticas.

A continuación, nos detendremos en dos grandes cuestiones: por un lado, la Ley 26.743 LIG significa una gran conquista de derechos, el paso del paradigma médico al de los derechos humanos y posibilita la ruptura del binarismo sexo-genérico y, por el otro, la Ley 26.061 que viene a cambiar el paradigma desde el que se mira y aborda a la niñez robustecido por la reforma del CCyCN.

Sin dudas, la LIG vino a reconocer que las identidades pueden no corresponderse con el sexo asignado al nacer, por el contrario, son una vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente y garantiza el reconocimiento, autonomía y libre desarrollo de las personas. Aunado a ello, es importante destacar que el DNU N° 476/2021 ha otorgado a las personas la posibilidad de consignar en los Documentos de Identidad la letra “X” en la categoría “sexo”, reconociéndose de ese modo la existencia de otras identidades por fuera del binario.

Asimismo, si bien dicha Ley 26.743 no contempló la situación particular de las intervenciones médicas en la niñez intersex, deroga el inc. 4 del art. 19 de la Ley 17.132 sobre Reglas para el ejercicio de la medicina, mediante el que se prohibía “llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial”.La LIG reconoce que las identidades no se pueden imponer y garantiza el libre desarrollo y el trato digno. En particular, respecto a las personas menores de edad para obtener una rectificación registral del sexo, el cambio de nombre e imagen, se incorpora la necesidad del consentimiento informado solicitado por sus representantes legales y con expresa conformidad de la persona menor de edad, teniendo en cuenta los principios de autonomía, capacidad progresiva y el interés superior. En el caso de las intervenciones quirúrgicas totales o parciales se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente, quien deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta días a partir de la solicitud de conformidad. (cfr art 5 y 11 Ley 26.743). En este sentido, la ley incorpora el derecho a la autodeterminación, al libre desarrollo personal, la necesidad de escucha de las niñeces, el respeto de las identidades y sus corporalidades contemplando su consentimiento.

Ahora bien, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y a nivel nacional la Ley 26.061 y la reforma del CCyCN representaron grandes avances en términos de conquistas de sus derechos de las infancias. Se dejó atrás el sistema tutelar, donde se consideraba a la niñez como objeto de protección, conforme la distinción entre situación regular o irregular se podían disponer medidas y, se instauró el sistema de protección integral; las niñeces y adolescencias fueron reconocidas como sujetos de derechos, con derecho a expresarse, ser oídas y participar conforme su capacidad progresiva; se les reconocen todos los derechos y una protección especial, un plus de derechos por su condición de menores de edad y la obligación de elaborar políticas adecuadas para garantizar su pleno desarrollo.

El Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que “La infancia es un período de crecimiento constante (...) Cada fase reviste importancia en la medida en que comporta cambios diversos en el desarrollo físico, psicológico, emocional y social, así como en las expectativas y las normas. Las etapas del desarrollo del niño son acumulativas; cada una repercute en las etapas ulteriores e influye en la salud, el potencial, los riesgos y las oportunidades del niño.” (CRC/C/GC/15, 2013, p. 7)

Por lo tanto, dado que lo que se pretende con las intervenciones quirúrgicas *correctivas/normalizadoras* en las infancias intersex es asignar un sexo determinado y conociendo sus riesgos, es menester un abordaje integral, con perspectiva de género y de niñez que cuestione las dicotomías genéricas y tenga en especial consideración el sistema de protección integral de la niñez y adolescencia, el derecho a la autonomía, integridad, identidad de género, igualdad y no discriminación, “las cirugías intersex no solamente conllevan una pérdida irreparable –e innecesaria– de la integridad corporal sino también, en muchos casos y deliberadamente, la de la historia personal…” (Cabral, 2003, p. 122) Por lo que, si dichas intervenciones no están basadas en una urgencia médica por riesgos a la vida o salud, deberían aguardar el tiempo que sea necesario para que, una vez que le niñe tenga la edad y madurez suficiente pueda, con los apoyos necesarios, tomar decisiones sobre su cuerpo, manifestar su voluntad y consentimiento informado.

El artículo 5 de la CDN reconoce la capacidad progresiva según la evolución de las facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos. El artículo 26 del CCyCN y la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación receptan dicho principio

La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

En la segunda parte el artículo establece criterios etarios según el tratamiento,

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. (art 26 CCyCN)

Este artículo tiene una trascendencia especial para el tema que nos convoca, ya que nos da el marco para comprender cómo está regulada la capacidad progresiva, la posibilidad de consentir determinados actos y la importancia del derecho a ser oído. Por ello, fundamento la necesidad del consentimiento directo de la persona intervenida según la autonomía progresiva y considerando su interés superior entendiendo que lo que se pretende es intervenir quirúrgicamente para asignar un sexo determinado con la trascendencia de dicho acto para cualquier persona, desconociendo que ese mismo niñe podrá elegir su identidad conforme su vivencia interna sin importar su genitalidad.

En efecto, para dar el consentimiento podemos notar la existencia de etapas: de menos de 13 años, de 13 a 16 años y la de más de 16 años en las que se pueden ir tomando decisiones sobre sus cuerpos según resulten los tratamientos invasivos o no invasivos. Aún así, los criterios etarios no son rígidos[[5]](#footnote-5), por el contrario, siempre es necesario oír a las infancias y, en el caso particular, se precisa de un abordaje integral y particularizado con le niñe intersex y su familia, realizar evaluaciones y articulaciones entre diferentes profesionales intervinientes, localizar redes de apoyo y contención.

Siguiendo a Deza, S y Álvarez, A (2019) respecto de niñes menores de 13 años,

Si bien la regla es que sus decisiones son representadas — subrogadas— por sus progenitores, ello nunca autoriza a ignorar su opinión, incluso en algunos casos por su autonomía puede ser tomada por ellas. El (…) objetivo (es) fortalecer el protagonismo de la persona sobre el diseño de su propia biografía y por ello diseña un sistema de apoyos destinados a apuntalar la toma de decisiones, no a reemplazarla. (p. 4).

Ahora bien, el consentimiento informado[[6]](#footnote-6) debería brindarse luego de recibir la información clara, precisa y adecuada, adaptada y amigable para la comprensión de las infancias y sus familias; consignar el procedimiento, los riesgos, beneficios y consecuencias de la realización o no realización.

Belli y Suárez Tomé (2021) sostienen que,

La autonomía (es) la capacidad de poder tomar decisiones, realizar elecciones y llevar a cabo acciones bajo un criterio que reconocemos como “propio”, en ausencia de imposición de criterios ajenos, ya sean estructurales o individuales. (…) se relaciona directamente con esta dimensión epistémica en la cual el acceso a cierto conocimiento e información resulta clave en la posibilidad de las personas para tomar decisiones, realizar elecciones y llevar a cabo acciones, esto es, para poder ejercer su autonomía de manera informada y responsable.

Asimismo, contemplar autonomía en la toma de estas decisiones es sumamente relevante para contrarrestar la denuncia del colectivo de la existencia de un silencio histórico; en general sus historias son ocultadas, las historias clínicas modificadas o eliminadas y se impone el secreto familiar. Maffía, D. y Cabral, M. (2003) sostienen que “(a)quello que no entra naturalmente en el dimorfismo sexual no se tolera” Y nos invitan a reflexionar sobre

El poder que los médicos tienen sobre sus pacientes y sus familias, pero (…) de qué modo ese mismo poder médico hegemónico es servil a una ideología cultural intransigente y patriarcal. Los médicos realizan prácticas totalmente invasivas y recomiendan a los padres mantenerlas en secreto. El secreto es un daño agregado, de modo que los niños y niñas intersex viven en la ignorancia o en la vergüenza sobre su condición (p.88).

Pese a ello, recordemos que conforme la Ley 26.529 “El paciente es el titular de la historia clínica.” (art 14 y cc Ley 26.529).

Quizás muchas de las problemáticas del colectivo intersex encuentran su regulación legal en diversas normativas, sin embargo, no son suficientes frente a demandas que no quieren ser oídas por la sociedad en su conjunto, de un colectivo invisibilizado.

Pese a estas consideraciones, en nuestro país tampoco existen a nivel nacional protocolos[[7]](#footnote-7) de atención en salud ante nacimientos de niñes intersex y sus familias; en 2020 el Ministerio de Salud de la Nación publicó una guía “Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias”, donde brevemente mencionan que patologizar e intervenir quirúrgicamente a personas intersex “además de resultar violentas, se basan en una división no natural, sino naturalizada, que responde a formas culturales de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades.” (MSN, 2020, p28)

En similar sentido, en junio del 2021, publican “Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries”, en la que presentan una definición de intersexualidad entre sus páginas:

Algunas personas presentan al nacer o en su desarrollo características sexuales (genitales, gónadas, niveles hormonales y/o cromosomas) que varían de los parámetros aplicados por la biomedicina para determinar si un cuerpo es femenino o masculino. Se trata de personas intersex. (…) La intersexualidad entonces hace referencia a la corporalidad de las personas y no a su identidad de género. (MNS, 2021)

Quizás, desde el Ministerio de Salud, decidieron no abordar la intersexualidad en estas recomendaciones por entender que “hace referencia a la corporalidad de las personas y no a su identidad de género.” Pero, seguidamente en el pie de página esbozan un posicionamiento sobre el tema, mencionando que:

Actualmente se busca evitar intervenciones quirúrgicas de modificación genital tempranas en niñes intersex que suelen realizarse amparadas en motivos “de salud” sin estar realmente sostenidas en criterios clínicos. En la mayoría de los casos responden a la intención de “adecuar” los genitales al “sexo masculino” o “sexo femenino”. Estas intervenciones, que se realizan sin el consentimiento de la persona, han sido denunciadas como violaciones a los derechos humanos por los sistemas nacional, regional e internacional de derechos humanos. (MNS, 2021, pie página 3)

¿Es este último posicionamiento suficiente para bregar por el respeto y garantía de derechos de la niñez intersex? Sin dudas, la respuesta es negativa; es por ello que, pese a los avances legislativos, considero que existe una deuda pendiente del Estado que debe generar políticas en pos del reconocimiento de la intersexualidad, sus demandas específicas y abordajes. Como corolario de lo expuesto, creo importante resaltar que faltan datos y, sin datos de nacimientos de niñes intersex, tratamientos proporcionados y/o intervenciones quirúrgicas realizadas, no se puede generar política pública alguna.

Ahora bien, aunque no se profundizará sobre las consecuencias en la salud que conllevan las intervenciones en los cuerpos de las niñeces, pueden ser múltiples y es el fundamento central para entender que estas prácticas no existen sin consecuencias.

El informe presentado sobre “Mutilación Genital Intersex. Violaciones de los derechos humanos de los niños con variaciones de la anatomía sexual”del 5to y 6to Informe Periódico de Argentina sobre la CDN (2018)[[8]](#footnote-8), ha sostenido que:

Las prácticas de MGI **causan grave dolor y sufrimiento, tanto físico y mental, durante toda la vida,** incluyendo pérdida o deterioro de la sensibilidad sexual, funcionalidad sexual deficiente, cicatrices dolorosas, relaciones sexuales (coito) dolorosas, incontinencia, problemas al orinar (p. ej., debido a una estenosis uretral tras la cirugía), incremento en la ansiedad sexual, problemas con el deseo, menor actividad sexual, insatisfacción con los resultados funcionales y estéticos, traumas de por vida y sufrimiento mental, índices elevados de conductas autodestructivas y tendencias suicidas comparables a las de mujeres que han sufrido abuso físico o abuso sexual (infantil), deterioro o pérdida de la capacidad reproductiva, dependencia de por vida a dosis de hormonas artificiales. (p. 7)

Aunado a ello, en el año 2013 se ha presentado un estudio sobre los “Aspectos Psicoemocionales en el Desarrollo de la Identidad de Género, en pacientes adolescentes con DSD, atendidos en el Hospital Garrahan” (Di Martino, M. y Ongaro, L. 2013) que brindan ciertas conclusiones interesantes. Se menciona que desde julio de 2012 hasta junio de 2013 se han mantenido entrevistas con 42 pacientes.

(L)a distribución de los sexos que fueran asignados en los pacientes estudiados fue: 28 mujeres (67%) y 14 varones (33%). Del total de pacientes (n=42) construyeron una identidad de género femenina el 26%. el 19% logro una identidad de género masculina, un 36% de los pacientes tenían una identidad indiferenciada y 19% andrógina. Cuando se investigó la concordancia entre el sexo asignado y la identidad de género, observamos que solo se dio en un 26%. (…) La escala de bienestar psicológico dio baja en relaciones interpersonales, autonomía y satisfacción personal, no así en autoconcepto, que dio alta. Se presentó mayor ansiedad somática en los pacientes con identidad de género femenino, y el 28,6 % de los pacientes presentó depresión. (p.311)

El estudio concluye argumentando que,

(E)l trabajo de nuestra población en el armado de una identidad de género implica ciertas particularidades que dificultan la posibilidad de una correspondencia absoluta entre esta y la asignación temprana (…) en la población dónde no hay concordancia es donde observamos mayores dificultades en la adherencia al tratamiento, menor autonomía, mayor insatisfacción personal, mayor ansiedad, dificultades en el manejo de la información. (p. 321)

Estas consecuencias no son menores en pos de procurar el libre desarrollo de una persona. Como ya referimos, la LIG prohíbe las intervenciones quirúrgicas sin el consentimiento informado de le niñe y el permiso de un/a juez/a (cfr art. 11, párr. 2 Ley 26.743); por su parte, el art 2.e de la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente, reconoce el derecho de la niñez a intervenir “a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.”; el artículo 26 del CCyCN así como la Resolución 65/2015 del MSN han puntualizado la autonomía progresiva según la práctica médica que se trate ¿Por qué no es posible escuchar la voluntad y consentimiento de une niñe intersex? ¿Por qué no esperar que acorde a su autonomía progresiva pueda dar su consentimiento ante prácticas tan trascendentes para su vida?

A la luz de los documentos de derechos humanos recabados y los avances en la región se observa una clara prohibición de recurrir a prácticas clínicas que modifiquen cuerpos e identidades de niñes intersex sin su consentimiento, entonces ¿Por qué el Estado Argentino no legisla sobre la intersexualidad?

**Conclusiones**

La urgencia en estas cirugías durante la infancia tiene que ver con la imposibilidad social de aceptar la diversidad como realidad; la intolerancia hacia la diferencia, en este caso, las características sexuales de los cuerpos. Pero también tiene que ver con la necesidad de ajustar esas corporalidades lo más pronto posible con el fin de sostener la cis-heterosexualidad. Patologizarlas permite actuar para su normalización y, mediante estas prácticas urgentes, se moldean aquellos cuerpos *indescifrables* que vienen a poner en cuestión los patrones de normalidad, las construcciones de individuos coherentes, varones o mujeres cis heterosexuales.

Desde una mirada crítica, entendemos que el derecho instituye cuáles personas son merecedores de qué derechos y cuales cuerpos importan; sin embargo, es importante interpelar dichas nociones para que puedan prevalecer otras. Así, se torna necesario reflexionar sobre las ideas y prácticas en torno a la intersexualidad para contribuir, en primera medida, a visibilizar el colectivo y sus necesidades concretas, para lograr gradualmente modificar patrones socio-culturales y estereotipos de género que actualmente son dirimidos por profesionales de la salud, muchas veces por pedido de familiares, al decidir sobre el sexo de aquellas corporalidades intersex.

Sobre todo, creo que es importante preguntarnos sobre es la función de dichas intervenciones. Porque si el objetivo es poder nombrar, esto es, que sean identificables varones o mujeres, estamos perdiendo de vista que se está violentando una persona, olvidando que luego esa persona, acorde a nuestra propia legislación, podrá construir y determinar su identidad genérica sin que las modificaciones sean un requisito a cumplir para acceder al reconocimiento legal de la identidad de género. Más aún, conociendo que nuestro Estado ya ha reconocido la existencia de otras identidades no binarias.

Entonces, habría que profundizar en la idea de la intersexualidad como amenaza de lo binario y de la cis-heterosexualidad, porque es allí donde los dispositivos de control de la sexualidad se ponen en marcha; aquellos mecanismos de opresión de los cuerpos ante el riesgo de amenaza de la reproducción, la familia, la continuidad de la especie. Pareciera que definir el sexo tempranamente contribuye a que la performance de género, prácticas y deseos sexuales sean acordes o, ajustados al sexo definido despejando cualquier posibilidad de salirse de aquellos patrones.

Ello me hace reafirmar la idea de lo necesario de establecer criterios claros para abordar las situaciones de niñeces intersex, comprendiendo la complejidad e importancia de sostener una perspectiva de género que cuestione lo binario, cis-heterosexual, patriarcal como sistemas de opresión, la discriminación y violencias; y una perspectiva de niñez, que permita comprender la necesidad que las decisiones se tomen bregando por el respeto y garantía de la autonomía progresiva de la niñez para otorgar el consentimiento directo, libre e informado, que su voz sea oída, garantizándoles ser partícipes en sus propios proyectos de vida.

En este sentido, es inminente que el Estado prohíba los tratamientos médicos o quirúrgicos *normalizadores* innecesarios que buscan definir un sexo durante la niñez, hasta que sea ella misma la que pueda tomar dichas decisiones, en pos de garantizar la salud, integridad, autonomía, identidad de género, igualdad y no discriminación. Asimismo, es menester arrojar luz sobre el tema: sancionar leyes o medidas administrativas que brinden información sobre organismos obligados a intervenir, otorguen herramientas a los equipos de salud en pos de un tratamiento adecuado, establezcan formas de acompañamiento a las familias, redes de apoyo, asesoría e información sobre posibles riesgos, beneficios y consecuencias, incluyendo su invasividad y reversibilidad, entre otras; que se generen grupos asesores conformados por múltiples disciplinas; que se sistematicen datos claros y precisos sobre personas intersex, tratamientos realizados, alternativas y consecuencias posibles; que se generen campañas de concientización para terminar con la invisibilización, discriminación y los estereotipos; que, como dice Cabral (2003) alienten un modelo de atención alternativo, basado en la autonomía de los sujetos y no en los imperativos corporales de la cultura.

Finalmente, entiendo que se necesitan formas colectivas de resistencia a los dispositivos que buscan producir cuerpos, deseos o identidades como *fallidas*. En este sentido la ampliación del colectivo LGBTIQ+ es una estrategia política interesante, como sostiene Grégori Flor (2009) “la construcción de un ‘nosotros’ mucho más fuerte y consistente en su denuncia a los sistemas y dispositivos de normalización, y en el reconocimiento de una realidad mucho más plural y diversa de lo que se quiere hacer creer.” (p. 75)

Debemos bregar por un Estado en el que se respeten las diversidades, con políticas públicas que contribuyan al cambio de patrones culturales y generen convivencias posibles; que como dice Butler (2019), la cohabitación no elegida sea hacia donde focalizarnos, en donde los diferentes grupos humanos tengamos la posibilidad de vivir colectiva y dignamente. -

**Bibliografía**

Belli, L.; Suárez Tomé, D. (2021) *La autonomía revisitada desde la perspectiva de una bioética feminista*. Maffía D. (coord.) Géneros, Justicia y Filosofía. Ed Rubinzal Culzoni.

Butler, J. (2007) *El género en disputa*. Ed. Paidós.

Butler, J. (2019) *Cuerpos Aliados y Lucha Política. Hacia una teoría performativa de la asamblea.* Ed. Paidós.

Cabral, M. (2003) *Pensar la intersexualidad hoy*. En Maffía D. (comp). Sexualidades migrantes. Género y transgénero. Feminaria Editora.

Cabral, M., Inter L., González Ch G., Bauer M. y Truffer D. (comp) (2018) *Mutilación Genital Intersex Violaciones de los derechos humanos de los niños con variaciones de la anatomía sexual.* Informe de ONG (por período de sesiones) del 5to y 6to Informe Periódico de Argentina sobre la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/ARG/INT_CRC_NGO_ARG_31216_S.pdf>

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, (2020) *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual.* Tercera Edición: Mayo 2020.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_V_20.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (2015) *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en Américas*, OAS/Ser.L/V/II.rev.2, noviembre de 2015. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

Comité de los Derechos del Niño, (2005). Observación General N° 7. *Sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia.* CRC/C/GC/07. 20 de septiembre de 2006. <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-7-realizacion-derechos-nino-primera-infancia-2005.pdf>

Comité de los Derechos del Niño, (2013) Observación general Nº 15. *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.* CRC/C/GC/15. 17 de abril de 2013. <https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/observaciones-generales-comite-derechos-del-nino/>

Comité de los Derechos del Niño, (2018) Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina. CRC/C/ARG/CO/5-6. 1 de octubre de 2018. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/291/48/PDF/G1829148.pdf?OpenElement>

Contrera, L. y Cuello, N., (comps.), (2016) *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Madreselva.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-337/99. Año 1999. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>

Deza, S., Álvarez, A. (2019) *Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida en las niñas.* Revista de derecho de familia y de las personas N° 8 p.150-167.

Di Martino, M. y Ongaro, L., (2013) *Aspectos Psicoemocionales en el Desarrollo de la Identidad de Género, en pacientes adolescentes con DSD, atendidos en el Hospital Garrahan.* Servicio de Salud Mental Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Medicina Infantil 2013; XX: 311 - 321.

Fausto-Sterling, A. (1993) *Los cinco sexos*. <https://museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/150121sterling2.pdf>

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

Foucault, M. (2007) *Los anormales*. Curso en el Collége de France (1974-1975), Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2009) *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber.* Siglo XXI Editores.

Grégori Flor, N. (2009) *La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias*. En Cabral, M. Interdicciones: Escrituras de la intersexualidad en castellano. Anarrés Editorial.

Serano, J. (2007) *El privilegio cisexual*, capítulo 8 de Whipping Girl, trad. akntiendz.

Maffía, D. (2008) *Contra las dicotomías. Feminismo y epistemología crítica*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Buenos Aires.

Maffia, D. y Cabral, M. (2003) *Los sexos ¿son o se hacen?* Maffía D. (comp). Sexualidades migrantes. Género y transgénero. Feminaria Editora

Ministerio de Salud Chile, (2015) Circular N° 18 del 22 de diciembre de 2015. Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas transex. <https://brujulaintersexual.files.wordpress.com/2017/06/circular-18.pdf>

Ministerio de Salud Chile, (2016) Circular N° 7 del 23 de agosto de 2016. Complementa Circular N° 18 que instruye obre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas transex. <https://brujulaintersexual.files.wordpress.com/2017/06/circular-7.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación, (2020) *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud*. Segunda edición: septiembre, 2020. Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación, (2021) *Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries*, junio 2021. Argentina <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-y-adolescencias-trans>

**Legislación**

Código Civil y Comercial de la Nación. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>

Decreto DNU N° 476/2021. Registro Nacional de las Personas. 20 de julio de 2021. Argentina <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/352187/norma.htm>

Ley N° 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. 21 de octubre de 2005. Argentina.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 noviembre de 2009. Argentina.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley N° 26.743. Identidad de Género. 23 mayo de 2012. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ley N° 19580. Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género. 09 de enero de 2018. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Resolución N° 65/2015. Ministerio de Salud. Secretaría de Salud Comunitaria.09 de diciembre de 2015. Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto>

1. Naciones Unidas. Ficha de datos INTERSEX. Disponible en: <https://unfe.org/system/unfe-72-Intersex_Factsheet_SPANISH.pdf> . Ahora bien, para problematizar estas cifras, invito a la lectura de Hana Aoi, ¿Qué tan común es la intersexualidad? Disponible en: <https://vivirintersex.org/2017/02/03/que-tan-comun-es-la-intersexualidad/>; y del Dr. Cary Gabriel Costello ¿Qué tan común es el estado intersexual? Traducción al español de: Mara Cristina Toledo Silva, del artículo “How common is Intersex Status?” Fecha de publicación: 13 de marzo de 2012. Disponible en: <https://brujulaintersexual.org/2015/04/25/que-tan-comun-es-el-estado-intersexual/> [↑](#footnote-ref-1)
2. El Informe del Alto Comisionado y el del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes sostuvieron que “los niños intersexos, que nacen con atributos sexuales atípicos, suelen ser víctimas de discriminación y se los suele someter a intervenciones quirúrgicas innecesarias desde el punto de vista médico, practicadas sin su consentimiento informado previo ni de sus padres, en un intento de fijar su sexo” (A/HRC/19/41, 2011, párr. 57). “que les provocan infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico.” (A/HRC/22/53, 2013, párr. 77). [↑](#footnote-ref-2)
3. Ver Comité Derechos del niño. Observación General N° 7 (2005) “Sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia” CRC/C/GC/07; Observación General N° 12 (2009)“Sobre el derecho del niño a ser escuchado” CRC/C/GC/12; Observación General N° 13 (2011) “Sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” CRC/C/GC/13; Observación General N° 14 (2013)“Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” CRC/C/GC/14; Observación General N° 15 (2013) “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” CRC/C/GC/15; entre otras. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ver: Sentencia SU-337/99, sentencia T-551, sentencia T-692 de 1999 por la que consideró que “para evaluar si es válido ese “consentimiento sustituto”, es necesario tener en cuenta (i) la necesidad y urgencia del tratamiento, (ii) su impacto y riesgos, y (iii) la edad y madurez del menor”.; sentencia T-1390 de 2000;  sentencia T-1025 de 2002 Estableció que en el caso de operaciones ordinarias sobre menores de edad, prevalece el consentimiento sustituto, mientras que, en el caso de las operaciones invasivas, por regla general es prevalente el consentimiento informado del paciente -aun cuando éste sea menor de edad-, en aras de salvaguardar la libre determinación de su personalidad, la proyección de su identidad y, en últimas, su vida digna. Así advirtió la importancia de proteger la independencia del niño o niña en estado intersexual para definir su futuro y su desarrollo vital; sentencia T-1021 de 2003; sentencia T-912 de 2008; sentencia T-622/14. [↑](#footnote-ref-4)
5. El instituto de la adopción incorpora la necesidad de recabar el consentimiento expreso del niño o niña desde los 10 años (cfr art 595 y 617 CCyCN) [↑](#footnote-ref-5)
6. Ley 26.529 define y regula dicho consentimiento estableciendo que es “la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.” (cfr. art 5 Ley 26.529) [↑](#footnote-ref-6)
7. El Área Políticas de Género Programa para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, emitió una “Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB”, en fecha 03/09/2012; en la que se enuncia un posicionamiento respecto a las intervenciones quirúrgicas manifestando que “(…) no se deben recomendar ni realizar cirugías de asignación sexual para adecuar los genitales a una apariencia femenina o masculina. . Esa es una decisión informada que debe tomar el niño/a por sí mismo/a cuando tenga la madurez suficiente. En el 2006 la Academia Americana de Pediatría recomendó que se dejaran de hacer las cirugías de asignación sexual a las criaturas intersex (Mulabi, 2012).” Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Guia-para-el-Personal-de-Salud-sobre-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-Prevencion-de-la-Violencia-hacia-poblacion-LGTB.pdf>. Se puede ver también el informe elaborado por el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires “Aportes para el cumplimiento de derechos humanos en la temática intersex”. Documento de trabajo No. 22, Género. Febrero de 2014. Disponible en: <https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn22_intersex.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. Los informes sombra son aquellos en los que se presentan ONG ante diferentes Comité de Naciones Unidas llevando información clave respecto a determinados temas y funcionan como herramienta de monitoreo y vigilancia sobre el cumplimiento de los compromisos internacionales. [↑](#footnote-ref-8)