

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2014 - 2016

Tesis para obtener el título de maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y
Desarrollo

¿Es niño, niña...o ninguno de los dos? ¿Quién decide? El ejercicio médico-jurídico en
torno a la intersexualidad en Ecuador

Cristian Vinicio Robalino Cáceres

Asesora: Martha Cecilia Ruiz

Lectoras: Gardenia Chávez y María Amelia Viteri

Quito, marzo de 2017

Dedicatoria

A mis padres, hermana y hermanos por el amor y la constancia. Gracias

Tabla de contenidos

Resumen	VIII
Agradecimientos	X
Introducción	1
1. Objetivos.....	4
2. Justificación del estudio.....	4
3. Acercamiento teórico y propuesta argumental	5
4. Metodología.....	7
5. Organización de la tesis	10
Capítulo 1	11
El sexo como una construcción social, médica y legal: debates teóricos en torno a la intersexualidad	11
1. Los aportes del feminismo en la deconstrucción del sexo biológico	13
2. La Matriz heteronormativa, las categorías sexuales y los intersexuales	16
2.1. Historizando la noción de sexo y las categorías sexuales	18
2.2. Lógicas binarias y dicotomía sexual.....	21
3. El Biopoder de la medicina y el derecho en los intersexuales.....	24
3.1. El cuerpo intersexual y su patologización	24
3.2. Controlando la vida y regulando a los cuerpos.....	26
3.3. El biopoder de la medicina	27
3.4. El bipoder del derecho en las personas intersexuales.....	28
Capítulo 2	34
La intersexualidad en el contexto ecuatoriano	34
1. La obligatoriedad de tener una identidad sexual binaria	35
2. La frecuencia y la “normalidad”: los nacimientos intersexuales en Ecuador.....	38
3. ¿Diversidad sexual sin intersexuales?	40
4. Otras respuestas institucionales	42
5. ¿Qué se hace en otros países?.....	45
Capítulo 3	49
La intersexualidad en el discurso y la práctica médica y jurídica	49
1. La “verdad” y el “saber médico”	49
1.1. La intersexualidad como una “enfermedad” sin problemas de salud.....	49
1.2. Variación y “problema social”	51

1.3. El desarrollo “normal” de los dos sexos	52
1.4. Los discursos y nociones legales de la intersexualidad	53
2. Las prácticas médicas y jurídicas en torno a la intersexualidad en el país	54
2.1. Los nacimientos intersexuales: entre la emergencia médica y la emergencia legal	58
3. Consecuencias y dilemas	60
3.1. Dilemas ético-legales de los procedimientos médicos	61
3.2 El consentimiento informado y los dilemas éticos de la intervención	61
Capítulo 4	67
Ser intersexual: percepciones y experiencias subjetivas	67
1. “La intersexualidad es una identidad como cualquier otra, ¡no es una enfermedad!”	69
1.1. Santiago	69
1.2. Asley y sus padres	72
1.3. Ser adolescente intersexual: Asley	77
2. “La intersexualidad es una enfermedad”	79
2.1. Adrián	79
2.2. La madre de Adrián	81
3. “La decisión no es del colectivo intersexual y tampoco de los médicos”	83
3.1. Julia.....	83
Conclusiones	88
Glosario	94
Lista de referencias	95

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Cristian Vinicio Robalino Cáceres, autor de la tesis titulada *¿Es niño, niña...o ninguno de los dos? ¿Quién decide? El ejercicio médico-jurídico en torno a la intersexualidad en Ecuador*, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo del 2017.



Cristian Vinicio Robalino Cáceres

Resumen

Esta tesis analiza los discursos y prácticas médico-jurídicas en torno a la intersexualidad en Ecuador. Las personas intersexuales son aquellas cuyos cuerpos presentan variaciones naturales del sexo biológico y no se ajustan nítidamente en el “estándar” de corporalidades masculinas y femeninas, por lo que suelen ser definidas como personas con “cuerpos ambiguos” e incluso como casos de “trastorno de desarrollo sexual”. Por tanto, esta tesis busca aportar a la comprensión de un tema que no ha sido suficientemente investigado desde la academia y las Ciencias Sociales, y que plantea una serie de dilemas éticos que prácticamente no se han debatido en el país.

Con apoyo en los estudios feministas, la teoría queer y los análisis históricos en torno al sexo, el objetivo central de este estudio es analizar cómo la medicina y el derecho entienden la intersexualidad, y mostrar cómo estas concepciones y discursos médicos y jurídicos guían tanto las respuestas institucionales como las vivencias y percepciones subjetivas de las personas intersexuales y las de sus familiares. Se propone, por tanto, una reflexión crítica en torno a los saberes y “verdades” sobre la intersexualidad, las dicotomías normalidad/anormalidad, salud/enfermedad en torno al cuerpo humano, las nociones de sexo plasmadas en protocolos médicos y en la reglamentación jurídica y las intervenciones quirúrgicas que buscan “normalizar” los cuerpos intersexuales.

La investigación busca responder las siguientes preguntas: ¿Cómo opera la concepción del cuerpo, sexo y género en la argumentación médico-jurídica y en las intervenciones “normalizadoras” de los cuerpos e identidades de las personas intersexuales en Ecuador? ¿De qué manera las personas intersexuales interpretan y responden a los discursos e intervenciones médico- jurídicos en torno a la intersexualidad?

Para responder a esas interrogantes se realizó un estudio cualitativo con el interés de aportar desde las Ciencias Sociales a las comprensiones, complejidades y respuestas sobre la intersexualidad en el país. La información que se presenta fue recopilada a través de entrevistas semiestructuradas y en profundidad y a través de la observación no participante. Luego del trabajo de campo en Quito, Manta y Portoviejo se concluye que las concepciones, argumentos y prácticas médico/jurídicos en torno a la intersexualidad responden a construcciones sociales de género y a una concepción dicotómica de la sexualidad. Esto patologiza las variaciones naturales (genéticas, hormonales, genitales) del cuerpo humano y

busca encasillar las personas intersexuales, transformando su variación en una de las dos categorías normativas de ser persona: hombre o mujer. Al mismo tiempo se corroboró que las personas intersexuales muestran diferentes formas de agencia y responden de diferentes maneras a las concepciones y prácticas normativas, rechazando, asimilando o incorporando parcialmente los discursos institucionalizados sobre la intersexualidad, para de esta manera configurar/reconfigurar sus propias identidades y corporalidades.

Agradecimientos

A mi abuelita Georgina Alomía, por brindarme la protección y ayuda necesaria desde otro plano dimensional.

A la Dra. Martha Cecilia Ruiz, asesora de tesis, por la paciencia, por el cariño y por el compromiso con el tema de la intersexualidad.

A todas las personas que conforman el Departamento de Sociología y Estudios de Género de FLACSO Ecuador, por el cariño y por el compromiso de formar investigadores de alto nivel.

A Gardenia Chávez Núñez, académica ecuatoriana y activista por los Derechos Humanos en el país, por la constancia y por el apoyo brindado.

A mis padres, a mi hermana y hermanos, por el amor inagotable y por la ayuda incondicional.

A los doctores y doctoras de los diferentes centros de Salud en donde se realizó el trabajo de campo. De manera especial quiero agradecer a Jorge García, y Héctor Quintero.

A las personas de Manta y Portoviejo, por su acogida y por los momentos vividos en la terrible noche del terremoto del 16 de abril; a ellos toda mi fuerza y cariño.

A las personas intersexuales que me ayudaron a romper los paradigmas dicotómicos de la sexualidad humana.

A mis amigos flacsianos por la oportunidad de conocerlos y compartir momentos únicos; a ellos gracias, porque hicieron un deleite la vida en la FLACSIANA.

A la vida por abrirme caminos nunca antes imaginados y por enseñarme a recibir lo que venga del universo con un “lo siento”, “perdón”, “te amo” y “gracias”.

Introducción

La primera pregunta que la mayoría de las personas realiza cuando nace un bebé es si es una niña o un niño. Esta interrogante simple es mucho más complicada de lo que parece, sobre todo cuando los genitales de los bebés no son claramente identificables ante los ojos de quién atiende el parto. Es decir, cuando se presentan nacimientos de personas intersexuales, esta pregunta podría tener múltiples respuestas, ya que estos cuerpos muestran una serie de combinaciones y variaciones naturales que no se ajusta a la noción tradicional de un sexo ordenado y binario. Estas combinaciones y variaciones no se dan solamente a nivel de los genitales externos, donde son más visibles, sino también en cromosomas y en las glándulas sexuales internas o gónadas (testículos y ovarios). De hecho, la intersexualidad adopta muchas formas de tener un sexo, lo cual impide que se encasille a las personas en las formas que comúnmente se entienden como masculina o femenina.

La intersexualidad ha existido siempre, pero no fue hasta mediados del siglo XVIII que la medicina la define como una enfermedad. De esta manera, los nacimientos intersexuales son denominados como “sexo ambiguo” o como “Trastornos del Desarrollo Sexual” (DSD, por sus siglas en inglés). Esta última definición, incluida dentro del Consenso médico de Chicago, muestra que las corporalidades de las personas intersexuales no son entendidas como una variación natural del cuerpo sexuado, como plantean algunos activistas intersexuales. Se trata, más bien, de una patología o anomalía que debe ser intervenida quirúrgicamente para “curar” y “normalizar”.

Pero estas consideraciones no solo se realizan con respecto a unos genitales vistos como “confusos”, también se aplica a formas y tamaños asumidos como “adecuados”; por ejemplo, un clítoris “demasiado grande” o un pene “extremadamente pequeño”. En este sentido, la medicina reproduce acríticamente valoraciones culturales vigentes (Maffía y Cabral 2003), al considerar que unos genitales claramente distinguibles y “correctos” en tamaño y forma son necesarios para la constitución misma de la identidad sexual y para la reproducción “adecuada” de la masculinidad y la feminidad. Por ejemplo, la masculinidad se asocia con un tamaño de pene que garantice la “virilidad” y la capacidad de penetrar de los varones.

Un ejemplo de estos casos en Ecuador y de cómo ha sido interpretada por la medicina es el siguiente. En la provincia de Tungurahua, un muchacho de 19 años, criado como hombre, con novia y vida sexual activa, empieza a tener problemas de salud. En una de las evaluaciones

médicas se descubre su condición de intersexual. Debido a una forma extrema del síndrome llamado hiperplasia suprarrenal congénita¹, producía un exceso de hormonas masculinas, pero al mismo tiempo sus cromosomas XX, que genéticamente corresponderían a lo femenino, determinaron la existencia de un útero y ovarios. Como nació con genitales externos de niño, nadie sospechó nada y no fue hasta los 19 años que se hizo evidente su condición interna cuando empezó a tener problemas de salud, provocados por la menstruación interna. Los doctores que atendieron al joven pensaron que descubrieron su “sexo verdadero” -noción empleada críticamente por Foucault y sobre la cual se hará referencia en el marco teórico-, es decir, un sexo supuestamente femenino debido a los órganos internos que poseía.

Ante este caso surgen cuestionamientos sobre si las concepciones de macho y hembra, hombre y mujer son realmente binarias, fijas y naturales o si más bien el cuerpo humano es más complejo de lo que comúnmente se cree, lo que llevaría también a cuestionar la idea de que las intervenciones frente a las personas intersexuales son realmente “científicas” o si más bien responden a interpretaciones sociales del cuerpo biológico.

En Ecuador, las intervenciones quirúrgicas para asignar un sexo/género a los recién nacidos intersexuales son un tema que comenzó a discutirse en el Ministerio de Salud Pública a partir del año 2014, a través del caso de “Asley”, un adolescente intersexual cuyos padres enjuiciaron al doctor que lo atendió por actuar sin su consentimiento, asignando arbitrariamente el sexo de su hijo. A partir de esta experiencia, el Ministerio de Salud y el Departamento de Derechos Humanos y Género, conjuntamente con el Hospital Pediátrico Baca Ortiz y el Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, han empezado a desplegar un conjunto de acciones para formular un protocolo médico estandarizado de atención a este tipo de nacimientos, y al mismo tiempo “resarcir” las cirugías erróneas realizadas a personas intersexuales, que por diferentes motivos no se ajustan a la subjetividad de género percibida por otros.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que 1 de cada 2000 nacimientos² corresponde a personas intersexuales (OMS 2016). En Ecuador las estadísticas son mínimas,

¹ Médicamente se la define como una condición en donde las glándulas suprarrenales producen excesivamente hormonas masculinas desde tempranas edades fetales. Además la persona nace con un clítoris alargado que puede fácilmente confundirse con un pene, pero tiene útero y cromosomas XX.

² HGOIA, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora. Estadísticas de nacidos vivos 2014 (base primaria). <http://www.hgoia.gob.ec/documentos/pdf/estadisticas/Informe2014/NACIDOS%20VIVOS%20DEFU%20NCIONES2014.pdf>.

aunque las estimaciones de la Maternidad Isidro Ayora señalan que, en el año 2014, 2 de cada 1000 nacimientos en ese centro de salud correspondieron a bebés intersexuales (HGOIA 2014). Siguiendo criterios internacionales, en el país estos nacimientos son etiquetados de “interés” y “urgencia médica” por razones legales y psico-sociales. Primero, la ley de inscripción de nacimientos del Registro Civil establece, de forma obligatoria, que los médicos inscriban al recién nacido (en el formulario de nacido vivo) inmediatamente después del parto; quien incumpla será sancionado administrativamente.

La inscripción de nacido vivo contiene categorías obligatorias a ser llenadas, una de las cuales es el sexo. En el caso de nacimientos intersexuales este registro se mantiene pendiente, y por ello los médicos se apresuran a intervenir quirúrgicamente para así poder registrar al bebé en uno de los dos sexos que establece el formulario. Por tanto, esta intervención está guiada por el imperativo legal de asignar un sexo y un género al bebé, garantizándole así su acceso pleno al status de persona y por tanto amparo legal y acceso a derechos (Maffía y Cabral 2003).

La segunda razón es la “urgencia médica”, que se basa en la idea de médico/as y psicólogo/as de que la identidad se fija antes de cumplir dos años de edad. Por esto se considera que la intervención es indispensable para el “normal” desarrollo del sujeto en la sociedad. La “urgencia médica” hace que en muchos casos se recurra a cirugías a los pocos días de nacida la persona intersexual. En ese procedimiento interviene un equipo de médicos cirujanos, endocrinólogos, urólogos, etc., que buscan eliminar cualquier “anomalía” del cuerpo de los bebés. En el caso de hospitales que no cuentan con ningún tipo de protocolo médico para estas intervenciones, sólo después de realizadas se informa a los familiares del recién nacido sobre la operación, lo cual resulta una violación, ya que, entre otros aspectos, las prácticas médicas realizadas sobre los cuerpos de los bebés intersexuales no responden, salvo contadas excepciones, a problemas de salud.

Las operaciones de los bebés intersexuales plantean una serie de dilemas y presentan consecuencias negativas que no se toman en consideración al momento de decidir por el procedimiento quirúrgico. Entre los dilemas legales y éticos están: la necesidad de contar con consentimiento informado en casos de una intervención quirúrgica a una persona intersexual, la libre elección de la identidad y el derecho a la integridad personal (física, psíquica y sexual). Esto último, de acuerdo a activistas intersexuales, se conecta con el principio médico-hipocrático de no maleficencia (no dañar). La intervención en el cuerpo de un bebé conlleva a una mutilación para que calce en las concepciones hegemónicas de masculinidad o feminidad.

Entre las consecuencias negativas de la intervención quirúrgica está la insensibilidad en los órganos sexuales como consecuencia de la cirugía de asignación sexual, un tema que se ignora o se considera secundario frente a la necesidad social de “normalizar” un cuerpo que se ve como “monstruoso” (Maffía y Cabral 2003).

1. Objetivos

1.1. General

Analizar la manera en que las concepciones sociales sobre el cuerpo, el sexo y el género guían los discursos, argumentaciones e intervenciones médicas y jurídicas en torno a las personas intersexuales en Ecuador, y explicar cómo son interpretados estos discursos y prácticas institucionalizadas por las mismas personas intersexuales.

1.2. Específicos

1.-Analizar los discursos, argumentaciones y procedimientos médicos en torno a las personas intersexuales.

2.-Analizar las comprensiones e intervenciones legales y/o jurídicos en torno a las personas intersexuales.

3.-Analizar las comprensiones, vivencias y respuestas subjetivas de las personas intersexuales y sus familiares frente a los discursos e intervenciones médico-jurídicas.

4.-Determinar qué desafíos plantean las personas intersexuales a la institucionalidad ecuatoriana, especialmente al Ministerio de Salud Pública y el Registro Civil.

2. Justificación del estudio

La intersexualidad es un tema bastante nuevo y desconocido en Ecuador, incluso para la institucionalidad médica que empezó a abordarlo de manera más formal en estos dos últimos años. Por esta razón, no existen estadísticas exactas de la población intersexual en el país, prácticamente no hay estudios al respecto y tampoco se conoce de qué manera la institucionalidad pública y privada responden frente a los nacimientos de bebés que presentan variaciones sexuales y cómo atiende el Estado a estas personas.

Todo esto ha confluído para estigmatizar a las personas intersexuales, que siguen siendo consideradas por la sociedad como un misterio, una fantasía y un tabú, reforzada por la idea mítica del “hermafrodita”. Se consideran como personas enigmáticas o monstruosas que tienen supuestamente dos sexos, uno masculino y otro femenino, sin embargo, las variaciones del sexo biológico no se reducen a esta condición. Estos imaginarios sociales han sido

cuestionados por activistas intersexuales y académico/as críticos/as, porque niegan la posibilidad de ver a las personas intersexuales con una existencia que rebase lo que se considera una “condición médica”, y se reconozca como una variación natural del cuerpo biológico.

La intersexualidad, así como la transexualidad son consideradas herramientas críticas, de subversión y deconstrucción de las categorías expresadas, singularmente desde posiciones ligadas a los constructivismos sociales y muy nutridos por las retóricas posestructuralistas en oposición al determinismo y al esencialismo, singularmente al biológico y al sistema sexo-género. El colectivo de personas intersexuales *Intersexual Society of North América* ISNA, ha sido el primero en abrir el debate sobre el tema i al publicar vulneraciones a la integridad física y psicológica que sufren estas personas a causa de las intervenciones quirúrgicas que “normalizan” sus cuerpos para encajar dentro del sistema binario de categorización sexual.

Las diferentes prácticas médicas y jurídicas en torno a la intersexualidad en los hospitales del país generan varios dilemas éticos que están relacionados con la violencia y vulneración de derechos que sufren estas personas al momento de nacer. Estas cirugías son consideradas por varios/as activistas intersexuales como mutilantes e irreversibles, cuyos efectos tienen que ver con la falta de sensibilidad en sus genitales externos. Además conllevan a la medicalización de sus cuerpos por el resto de sus vidas (tratamiento hormonal). Estas prácticas realizadas sin el consentimiento de estas personas (recién nacidos), son poco cuestionadas, no sólo por las y los médicos/as tratantes, sino también por los mismos colectivos GLBTI y académicos/as; ya que no existe ninguna disposición legal o reglamento interno en los hospitales del país para atender a estas personas.

Por lo anteriormente expuesto, esta tesis busca visibilizar un tema que está ausente del debate público ecuatoriano y aportar a la falta de estudios sobre el mismo. Hasta el momento lo poco que se ha dicho o estudiado en torno a la intersexualidad proviene de la medicina (Quiroz 2011), mientras que este estudio propone analizar el tema desde las Ciencias Sociales para aportar nuevos elementos que permitan comprender de manera más crítica el tema de la intersexualidad.

3. Acercamiento teórico y propuesta argumental

El presente estudio se apoya en una serie de autores/as críticos/as con respecto a las comprensiones que todavía predominan socialmente en torno a la intersexualidad y que

proviene de los estudios feministas, los análisis históricos en torno al género y al sexo, y la teoría queer (Maffía 2003, Chase 2001, Cabral 2006, Fausto-Sterling 2006). De esta manera, se toma distancia de concepciones sociales que consideran la intersexualidad como un error de la naturaleza y una enfermedad. Al contrario, se plantea que es necesario repensar las comprensiones binarias y simplistas en torno a las categorías sexo, género, deseo y prácticas sexuales.

Algunas corrientes del feminismo (sobre todo el transfeminismo), y los aportes de los estudios queer han sido indispensables para evidenciar lo inestable que resultan estos conceptos aparentemente “científicos” y naturales, y sobre todo para cuestionar su supuesta binariedad. La teoría queer plantea que tanto sexo como género son dispositivos discursivos que producen y condicionan a los cuerpos intersexuales, limitándolos a definirse dentro de categorías fijas y estables (Hernández 2009). En este sentido, lo queer se muestra como un pensamiento rompedor, deconstructivo y antiesencialista en el que cualquier noción de identidad que se articule en términos esencialistas es sometido a crítica. Más aún, es la propia noción de identidad la que es sometida a evaluación. Por ello, siguiendo, esta tesis considera que [las personas intersexuales hacen tambalear el]:

Sistema normativo imperante de sexo, de género y también de sexualidad. Acentuando el modo en que estas categorías son productos socioculturales, revelando los mecanismos concretos a través de los cuáles se fabrican los cuerpos e identidades sexuadas, generizados y de sexualidad heterosexual (Burgos 2007, 249).

El argumento que se intentará desarrollar en esta tesis es que los cuerpos de las personas intersexuales, definidos como “ambiguos” o confusos por el dispositivo de la medicina, son realmente construcciones socio-culturales normativas, guiadas por una concepción dicotómica de género, y bajo una lógica binaria del sexo biológico que en el mundo occidental clasifica a los seres humanos en dos posibilidades únicas de ser: hombre o mujer. Todo lo que no concuerde con esta lógica estricta y binaria es patologizado y luego “normalizado” a través de intervenciones quirúrgicas que en muchos casos se realizan sin consentimiento informado, leyes que inmunizan la dualidad sexo-género y condicionan el estatus de sujetos de derecho a la designación de un sexo-género. Todo esto muestra, siguiendo a Foucault, cómo funciona el poder-saber sobre el cuerpo, la vida y la identidad de las personas.

Siguiendo también a Foucault, en este trabajo se reconoce que poder y resistencia, sujeción y subjetivación van de la mano, por lo que se analizarán las comprensiones y vivencias

subjetivas de las personas intersexuales adultas o padres/madres de bebés intersexuales, para entender las diferentes formas de *agencia* que muestran estas personas frente a los discursos y prácticas normativas médico-jurídicas, aceptándolos, rechazándolos o asumiéndolos parcialmente, dependiendo de los contextos personales y sociales donde se desenvuelven estas personas. Esto demuestra que no sólo el sexo biológico es complicado, sino también el modo en que se construyen las subjetividades sexuales y de género.

En este sentido, esta investigación intenta responder las siguientes preguntas: ¿Cómo opera la concepción binaria del sexo y género en la argumentación y prácticas médico-jurídicas en torno a la intersexualidad en el Ecuador? ¿De qué manera las personas intersexuales interpretan y responden a los discursos e intervenciones médico- jurídicas?

4. Metodología

Esta investigación es de carácter cualitativo y analiza las complejidades de la intersexualidad desde las Ciencias Sociales, y no desde la medicina, como es la tendencia.

Se analizan los discursos y prácticas médicas en tres hospitales públicos: Hospital Pediátrico Baca Ortiz (Quito), Hospital Verdi Cevallos Balda (Portoviejo) y Hospital Rodríguez Zambrano (Manta), buscando determinar si existen diferencias y semejanzas en cuanto a las concepciones, nociones y procedimientos que se tienen sobre la intersexualidad. En estas tres ciudades también se analizaron las concepciones y respuestas que ofrecen las autoridades del Registro Civil frente a las personas intersexuales.

Se entrevistaron a cuatro personas intersexuales adultas (Asley, Adrián, Santiago y Julia) y se mantuvieron conversaciones con algunos de sus familiares, que relataron sus experiencias con recién nacidos intersexuales. Éstas personas fueron contactadas por medio de los y las médicas entrevistados/as, y a través de organizaciones sociales que trabajan el tema de la diversidad sexual. Asley y Adrián estaban siendo atendidos en los hospitales Baca Ortiz e Isidro Ayora en Quito, mientras que Santiago, activista intersexual, fue contactado a través de la Fundación ecuatoriana Equidad en Quito. Con Santiago se mantuvieron conversaciones durante un período de tres meses. En la ciudad de Manta, por medio de una psicóloga del Hospital Rodríguez Zambrano, se conoció a Julia, una mujer intersexual. Cada una de estas personas interpreta de manera diferente su condición de intersexuales y, por tanto, aportó con información importante para comprender las complejidades y retos que la intersexualidad

presenta a la sociedad y la institucionalidad ecuatoriana. Se utilizan nombres ficticios para todos y todas las/os entrevistados/as.

La entrevista la observación no participante y los relatos de vida de cuatro personas interseuales fueron las principales técnicas de investigación utilizadas en este trabajo. Se utilizó el enfoque interseccional para comprender de qué manera el contexto geográfico y las condiciones socioeconómicas se articulan a las nociones de sexo y género, influyendo y condicionando, de manera específica y diferenciada, las respuestas institucionales y subjetivas en torno a la intersexualidad.

A continuación se explica con más detalle las técnicas de investigación utilizadas en este trabajo:

Entrevistas semiestructuradas: este tipo de entrevistas estuvieron dirigidas a las personas interseuales y a diferentes funcionarios/as públicos de las ciudades de Quito, Manta y Portoviejo, entre ellos: médicos genetistas, urólogos, pediatras y abogados. Las entrevistas semiestructuradas, de acuerdo a Quivy y Canpenhoudt (1992), son técnicas que buscan una interacción entre dos o más personas, en donde el investigador obtiene información en concordancia con los objetivos establecidos a través de las diferentes preguntas elaboradas. Las entrevistas recogieron los criterios y argumentaciones de diferentes profesionales de instituciones públicas que intervienen directa o indirectamente en los casos de personas interseuales. Sus discursos resaltaron nociones como normalidad/anormalidad, salud/enfermedad, las mismas que guían las categorizaciones a los recién nacidos y las intervenciones quirúrgicas.

Observación no participante: La observación no participante, sistemática y estructurada, es la técnica con la cual se lleva un registro de los comportamientos como “fenómenos lingüísticos, actos verbales, y procesos de interacción” (Barragán 2001,129). Esta técnica de investigación fue utilizada en las tres juntas médicas en las que se participó, en el Hospital Baca Ortiz de Quito. Se pudo observar cómo y en qué casos se reúnen lo/as profesionales de la salud, cómo se procede en caso de declarar a un bebé intersexual y cómo se toman las decisiones para asignar un sexo.

Relato de vida: a partir de una entrevista a profundidad se realizó el relato de vida, como parte del método biográfico, que es crucial en las investigaciones en Ciencias Sociales.

El relato de vida utiliza una entrevista a profundidad con un sujeto de estudio, para luego ubicar el relato en un punto de convergencia entre 1. El testimonio subjetivo de un individuo a la luz de su trayectoria vital, de sus experiencias, de su visión particular, y 2. La plasmación de una vida que es el reflejo de una época (Pujadas 1992, 41).

Esta técnica fue profundizada y reforzada al incluir los testimonios de los familiares de las cuatro personas intersexuales. El caso de Asley fue particularmente importante pues, como ya mencionamos, la demanda que presentó empezó a visibilizar el tema de la intersexualidad en Ecuador y los abusos cometidos contra estas personas. Por ello, se utilizó la sentencia administrativa de este caso, que fue facilitada por sus padres. Específicamente se empleó la información referente a la falta de consentimiento informado en todo el procedimiento realizado en el cuerpo de Asley, así como también las diferentes formas de disciplinar el género como parte del “éxito” de la intervención quirúrgica.

Para analizar toda la información recopilada, se empleó el método de análisis de discurso. Este método se utilizó para identificar la intencionalidad que no está explícita dentro del texto a través del análisis de las prácticas lingüísticas (orales, escritas) utilizadas. De esta manera, se trató de establecer cuáles son las concepciones del género, sexo y cuerpo a través del discurso, y cómo estas se crean y regulan, rechazan y “encarnan” en los cuerpos e identidades de las personas intersexuales.

Uno de los mayores dilemas que se enfrentó durante el desarrollo del estudio fue la búsqueda de un término que englobara el conjunto de variaciones naturales que presenta el cuerpo anatómico y biológico, expresado en los casos de personas intersexuales. Los médicos de manera general manifiestan que no se debería llamar intersexualidad a esta condición, señalando que el término “correcto” es “genitales ambiguos” o “trastornos de la diferenciación sexual”. Estos términos, al igual que la definición de “paciente” para referirse a las personas intersexuales, muestran nociones médicas y patologizantes, de las cuales esta investigación se distancia.

El término intersexual es, en cambio, considerado “incorrecto” por lo/as médico/as, aunque responde a cuestiones de auto identificación y elección individual por parte de algunos activistas intersexuales.³ Esta es la definición que se adopta en este trabajo.

5. Organización de la tesis

Esta investigación consta de cuatro capítulos. El primero es un capítulo teórico donde se explica desde las Ciencias Sociales los principales aportes en cuanto a la comprensión de la intersexualidad. Asimismo, se revisaron críticamente los conceptos de sexo, género, deseo y prácticas sexuales a través de lo que Butler (2007) denomina la *matriz heteronormativa*. Después se analizó, desde el concepto de bipoder, la manera en que la medicina y el derecho producen saberes, verdades y conceptos científicos que pasan por esenciales y ontológicos al ser humano, y a través de los cuales se controla y “normaliza” los cuerpos.

En el segundo capítulo se sitúa a la intersexualidad, sus comprensiones y respuestas institucionales en el contexto ecuatoriano, mostrando cambios, avances, limitaciones, y comparando con lo que ha sucedido en otros países de la región.

En el capítulo tres se analizan las concepciones, los discursos, argumentaciones, médicas y legales que guían los procedimientos, intervenciones y asignaciones sexo-genéricas en los cuerpos de las personas intersexuales y las respuestas institucionales respecto a la intersexualidad en Ecuador. También se exponen los discursos y comprensiones de genetistas, urólogos, endocrinólogos, pediatras y funcionarios públicos del Registro Civil y del Ministerio de Salud Pública de las ciudades de Quito, Manta y Portoviejo.

En el capítulo cuatro se detallan las percepciones/interpretaciones/nociones intersubjetivas de las personas intersexuales respecto a su condición de intersexuales. Parte importante de este capítulo es evidenciar la diversidad de posturas que tienen las personas intersexuales entrevistadas respecto a la manera en que se interpreta, no sólo los discursos médicos y jurídicos, sino también los discursos políticos de los activistas intersexuales, que se reproducen, rechazan o se aceptan parcialmente. Santiago, Asley, Julia y Adrián aportaron para el análisis información relevante con sus relatos.

El informe del estudio realizado cierra con el capítulo de conclusiones.

³ Por ejemplo, la Sociedad intersexual de Norteamérica, o ISNA por sus siglas en inglés. Esta Sociedad, fundada por Charyl Chase, activista intersexual, lucha en contra de la mutilación de los órganos sexuales que sufren los bebés intersexuales al ser intervenidos para asignar un sexo y una identidad derivada de su genitalidad.

Capítulo 1

El sexo como una construcción social, médica y legal: debates teóricos en torno a la intersexualidad

Introducción

¿Existe la necesidad real de tener un sexo verdadero? Con esta pregunta Foucault (2007) inicia su cuestionamiento a la obsesión del Occidente moderno por delimitar y definir la cuestión del “sexo verdadero”, algo que antes del siglo XIX no era una exigencia médica ni legal, como lo prueba la historia de los llamados “hermafroditas”. Durante siglos, se admitió que estas personas sencillamente tenían dos sexos. El texto de Foucault (2007) narra la vida de Herculine Barbin, criada como mujer y quien fuera protagonista de la cacería y búsqueda de la identidad sexual verdadera en los hermafroditas del siglo XVIII en Francia. Herculine fue obligada a adoptar el nombre de Abel Barbin por la confesión realizada a un sacerdote, después de que un médico descubriera en su cuerpo una “rara” combinación de sexos. El cuerpo de Herculine le permitía penetrar y mantener un coito vaginal con otras mujeres. Esta capacidad, de acuerdo a lógicas binarias en torno al sexo, al género y la sexualidad, es reservada para los hombres.

La historia de Herculine se torna relevante por los años en los cuales se inserta. De 1860 a 1870 transcurrió una de las épocas donde más se practicó la búsqueda de la identidad en el orden sexual: el “sexo verdadero” de las personas intersexuales, pero también la “identificación de las diferentes perversiones—su clasificación, caracterización, etc...— en una palabra, el problema del individuo y de la especie en el orden de las anomalías sexuales” (Foucault 2007,16). Desde entonces, las personas intersexuales ya no decidirían a qué sexo deseaban pertenecer, como anteriormente lo hacían, sino que ahora un médico determinaría cuál es su sexo verdadero y el sistema jurídico legitimaría esta decisión, corrigiendo los nombres y el sexo del documento de identidad.

Foucault (2007) considera que la sexualidad es un dispositivo de control y normalización de los cuerpos, que se da a partir de crear un saber y posteriormente regular el mismo. Por lo tanto, diferentes instituciones de saber crean la definición de un cuerpo “normal” para después controlar y normalizar a los sujetos que salen de este concepto, considerándolos peligrosos, abyectos, enfermos y anormales. Todas estas nociones están a su vez apoyadas en teorías biológicas sobre la sexualidad, en nociones jurídicas sobre el individuo y en las formas de control administrativo en los Estados modernos de “a cada uno un sexo y uno solo. A cada

uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios” (Foucault 2007, 18).

El objetivo de este capítulo es explicar los debates teóricos que han tenido lugar en torno al estudio de la intersexualidad desde las Ciencias Sociales. Esto implica una revisión crítica de las nociones de sexo y cuerpo y su articulación con género y sexualidad, con la finalidad de evidenciar las lógicas binarias bajo las cuáles se articulan todos estos conceptos. Se utilizan sobre todo los aportes de los estudios feministas y la teoría queer, a través de autores/as como Dreger (1998), Maffía (2003), Chase (2001), Cabral (2006), Fausto-Sterling (2006) y Butler (2007). Además se retoman las reflexiones de autores como Laqueur (1994) y Foucault (2007) que historizan la noción de sexo y sexualidad para mostrar que estas categorías no son estáticas, ni simples, y no han sido comprendidas de la misma manera en todas las épocas y ni en todas las sociedades del mundo.

En la primera parte se analizan las principales teorías que debaten sobre la configuración dicotómica sexo/género/deseo. El argumento inicial es que el sexo no es tan sencillo, ni fijo como generalmente se piensa. Al contrario, la naturaleza misma muestra complejidades y variaciones en el sexo biológico, en donde las personas intersexuales son justamente una expresión de estas variaciones y combinaciones, cuyos cuerpos no calzan nítidamente en lo que tradicionalmente se define como masculino o femenino. Después, se discuten los principales aportes teóricos del feminismo, aquellos que evidencian los sistemas de jerarquización social en torno a la sexualidad a través del análisis de género. Principalmente el análisis se concentra en las teorías *Queer* y *Transfeministas* que cuestionan lo base material, olvidada por las primeras corrientes feministas, el cuerpo biológico, y de manera específica, el sexo binario, hombre/mujer.

A partir de estos enunciados se toma el concepto de *matriz heteronormativa* articulándolo con los aportes de Laqueur (1994), en cuanto a la necesidad del sistema capitalista y de la modernidad por producir/mantener el ordenamiento de la dicotomía sexo genérica en las personas que habitan los Estados. Al mismo tiempo, este sistema se configura a partir de lógicas binarias y categorías hegemónicas de *biopoder*, que crean verdades científicas, que se institucionalizan y a su vez regulan, excluyen y calzan a las personas de acuerdo a las nociones de normalidad, anormalidad, salud y enfermedad.

1. Los aportes del feminismo en la deconstrucción del sexo biológico

La categoría de sexo biológico era y es todavía pensada como una materialidad inapelable, algo propio de la naturaleza y por tanto fija y bien ordenada. Esta idea incluso era sostenida en los años setenta por la segunda ola del feminismo, que trazó diferencias entre sexo y género al afirmar que el género es una construcción social que, basada en la diferencia sexual biológica, producía la desigualdad social y la exclusión de las mujeres. En este sentido, el sexo era entendido como una categoría incuestionable y aparentemente estable (Maffía 2003).

No fue hasta 1970 frente a estos determinismos biologicistas -sostenidos incluso por las feministas de la segunda ola- que naturalizaban las diferencias sexuales y de género-, que se propone una visión construccionista para desligar la presunta naturalidad de la dicotomía sexo-género de los cuerpos. Otras vertientes feministas empiezan a investigar y a cuestionar a la categoría sexo biológico y determinan que éste también es un constructo social. Varios/as investigadores/as y académicos/as empiezan a trabajar sobre la desnaturalización del sexo biológico, entre ellos/as se encuentran: Rubin (1975), Rich (1980), Wittig (1981), Fausto-Sterling (2006); entre otras.

Rubin (1975) manifiesta que el sexo es la materia sobre la cual se construye al género y que la diferencia sexual es creada y regulada (social y culturalmente) dentro de un determinado sistema social. Mientras que Wittig (1981) considera al sexo como una categoría política y no biológica, la cual guía, ordena y estructura a la sociedad a través de la heterosexualidad. La autora cuestiona la idea del sexo como algo obvio, físico y natural que define las características esenciales de hombres y mujeres, pues esto sería, simplificar el sexo a la genitalidad de que un pene le corresponde a un hombre y a una vagina a una mujer. Todos estos conceptos biológicos y sociales se articulan por la heteronormatividad.

El sexo considera un dato inmediato, un dato razonable, rasgos físicos que son propios de un orden natural. Pero lo que pensamos que es una percepción física y directa es sólo una construcción mítica y compleja, una fonación imaginaria, que reinterpreta los rasgos físicos (en sí tan neutrales como otros pero marcados por un sistema social heteronormativo) a través del conjunto de relaciones en los que se advierten (Wittig 1981, citada por Butler 2007, 229).

Por su parte, Rich (1980) advierte que la heterosexualidad es un sistema político que crea la diferencia sexual; al mismo tiempo, este sistema configura la concepción de que la única

orientación sexual y prácticas sexuales “normales” y “esenciales” están encaminadas a la reproducción de la especie. Por tanto, existe una obligatoriedad en ser heterosexuales y que “lo que funda cualquier sociedad es la heterosexualidad, esto implica poseer las corporalidades distinguiblemente masculinas o femeninas” (Wittig 1982, 26). Desde estas concepciones se concibe al sexo como algo estructural y además condicionante que regula, controla a las personas dentro de los Estados.

Mientras tanto algunas antropólogas y biólogas feministas como Lamas (1994) y Fausto-Sterling (2000-2006) explican que el sexo comprende cinco tipos de procesos biológicos en un continuum (y no una dicotomía de unidades), cuyos extremos son lo masculino y lo femenino. De ahí que las investigaciones actuales en la dimensión biológica de la sexualidad hayan necesitado introducir la noción de “intersexual”.

(...) aquel conjunto de características fisiológicas en que se combina lo femenino con lo masculino. Así, dentro de este continuum, se pueden encontrar una gran variedad de posibilidades combinatorias de caracteres, por lo cual como mínimo se obtendrían cinco sexos. A partir de estos postulados, hoy las cuestiones sobre la identidad de género (muy estrechamente relacionada con la dimensión subjetiva) se tornan sumamente complejas, por cuanto el género mismo, en su arraigada dicotomía femenino-masculina, es insuficiente para abarcar la gran cantidad de posibilidades distintas de combinaciones sexuales. Una vez más se constata que dicha dicotomía es más una realidad simbólica o cultural que una realidad biológica. (Lamas 1994, citada por Hernández 2006, 5-6).

Fausto-Sterling (2000-2006), autora de “Cinco Sexos” y “Cuerpos sexuados”, explica desde la parte científica y biológica la complejidad del cuerpo sexuado alejada de nociones binarias. Tomando en cuenta esta complejidad, esta autora sostiene que “etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social. El conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero sólo nuestra concepción del género, y no la ciencia, puede definir nuestro sexo”. (Fausto-Sterling 2006, 17-19). Las comprensiones médicas y biológicas del cuerpo sexuado están imbricadas por las diferentes formas en que culturalmente se entiende al género. De tal manera que es imposible hablar de sexo como algo netamente natural y científico. “Cuanto más buscamos una base física simple para el sexo, más claro resulta que sexo no es una categoría puramente física” (Fausto-Sterling 2006, 19).

Asimismo, Fausto-Sterling (2006) advierte que es imposible hablar de las categorías hombre/mujer, macho/hembra como únicas clasificaciones biológicas de lo humano. El l sexo

es un continuum vasto e infinitamente maleable que sobrepasa las restricciones dicotómicas del sistema de categorización médico hegemónico binario de sexo. Por tanto, la idea de que “sólo hay dos sexos es una proposición incorregible. Incluso, cinco categorías serían insuficientes para establecer las diferentes formas en que pueden combinarse los elementos cromosómicos y fisiológicos en el cuerpo humano” (Fausto Sterling 2000, 81).

Los enunciados de Fausto-Sterling (2006), son los más revolucionarios en cuanto a la desarticulación de la dicotomía sexual, siendo la primera vez que una bióloga investiga la configuración anatómica de las categorías hombre y mujer. Esta nueva manera de mirar a la materialidad de los cuerpos sexuados enfatizó la idea de que “la dicotomía sexo/género partía de la más amplia oposición binaria, naturaleza/cultura, una matriz en absoluta descomposición científica” (Casares 2006, 18). En definitiva, se llegó a la conclusión de que el género también construye al sexo, que no es algo innato en los seres humanos como se piensa. Si bien es cierto hay una realidad biológica, que no es tan fija y clara como se piensa, ésta es producto de la interpretación cultural occidental que ha construido el conocimiento médico en torno a la diferencia sexual.

En este orden de ideas, Butler (1990) cuestiona la naturalización del sexo, al problematizar las definiciones del cuerpo sexuado, alejándose de las nociones de masculinidad y feminidad. La autora ha sido definida como una de las pioneras de la teoría Queer y también un referente del transfeminismo. Butler (1990) pretende deconstruir al género a partir de subvertirlo y resignificarlo; al manifestar que la noción de hombre y de mujer son categorías que funcionan dentro de una lógica binaria, heterosexual y heteronormativa. Para ello, los aportes de las teorías Queer y transfeministas ayudan a comprender la existencia de otras identidades y corporalidades alejadas de binario hombre/mujer masculino/femenino.

La teoría Queer como herramienta teórica plantea que tanto sexo como género son dispositivos discursivos que producen y condicionan a los cuerpos, limitándolos a definirse dentro de categorías identitarias estables (Hernández 2009). Asimismo, los estudios Queer y transfeministas⁴ ponen énfasis en no pensar en los binarismos, ampliando las categorías para poder analizar su configuración y a la vez criticando las nociones y relaciones de poder que las rodean. Esta articulación permitirá dismantelar las estructuras de poder patriarcal.

⁴ La diferencia entre lo queer y transfeminista radica en las locaciones que se producen; los estudios queer provienen de occidente y los transfeministas de los países latinoamericanos y de habla hispana. El término transfeminista se utiliza como algo más contextualizado y regional.

La importancia del transfeminismo no sólo radica en el abordaje del estudio de las categorías de forma antiesencialista, sino en la consolidación de un movimiento que reúna varias cuestiones dentro del feminismo, las cuales son:

(...) la necesidad política de hacerse cargo de la multiplicidad de sujeto feminista, situar al feminismo como un conjunto de prácticas y teorías en movimiento que dan cuenta de una pluralidad de opresiones y situaciones mostrando así la complejidad de los nuevos retos a los que debe enfrentarse y la necesidad de una resistencia conjunta en torno al género y la sexualidad” (Solá 2013, 19-20).

2. La Matriz heteronormativa, las categorías sexuales y los intersexuales

Con el enunciado de Matriz Heteronormativa, Butler (1990) designa el orden por el cual se comprende cultural y socialmente al cuerpo, al género, al deseo y a las prácticas sexuales. Este modelo toma la base física del cuerpo y la “arropa” con el resto de elementos, que son considerados estables y esenciales, pero que en realidad son meras suposiciones hegemónicas en cuanto a las categorías sexuales hombre y mujer. En este sentido, Pérez (2006) aclara este modelo butleriano señalando que “... cuando hablamos de heteronormatividad, la heterosexualidad es considerada no tanto como práctica sexual sino a su vez, como régimen político” (Pérez 2006, 211). Se trata de un régimen que configura una estructura social, legal y médica que condiciona e interviene a las personas en torno al ideal heteronormativo.

La *Matriz Heteronormativa* manifiesta que la inteligibilidad de los cuerpos viene dada por un orden de coherencia y linealidad a través de “un sexo estable expresado mediante un género estable (masculino expresa hombre, femenino expresa mujer) que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad” (Butler 1990, 292). Afirmar que todos estos elementos que conforman lo masculino y femenino se agruparán en un todo, es naturalizar el hecho de “que el sujeto tendrá la identidad subjetiva de género de su sexo anatómico y cromosómico, lo expresará y aceptará los roles correspondientes y hará una elección heterosexual” (Maffía 2003, 6).

Las categorías que genera esta matriz producen corporalidades dicotómicas que difícilmente calzan con la realidad. En ese sentido, a través de los discursos se generan performativamente enunciados que representan lo normal y lo natural “en un hacer que no es el resultado de la acción de un sujeto singular sino de ese [...] poder reiterativo del discurso para producir los fenómenos que regula e impone” (Butler 1993, 19). En esta Matriz se producen cuerpos hegemónicos, *cuerpos que importan*, y que van ligados al ideal heterosexual, excluyendo a

aquellos que no calcen en sus estándares. Así también, la *Matriz Heteronormativa* es la base de la diferencia sexual a través de la cual se piensa a la sexualidad humana como “naturalmente” heterosexual y binaria desde diferentes disciplinas, como la medicina y el derecho.

Lo preocupante de encerrar el mundo en dualismos es precisamente el hecho de “querer encajar a la diferencia sexual en estas categorías” (Fausto-Sterling 2006, 89). Y las personas que escapen de estas “se considerarán perversas, desviadas, enfermas, antinaturales, y serán combatidas con la espada, con la cruz, con la pluma, con el bisturí y con la palabra” (Maffia 2003, 6). En este orden de ideas, la *Matriz Heteronormativa* configura las nociones de humanidad, salud y enfermedad. Estos conceptos se encarnan en las corporalidades de las personas que transgreden los discursos normativos; no solamente a nivel de género, sino también en cuestiones biológicas. En otras palabras, la medicina conceptualiza el cuerpo de un hombre como aquel conjunto de genitales gónadas y cromosomas que seguirán un orden lineal y de correspondencia, cualquier “falla” en la etapa de crecimiento fetal, se considerará como un trastorno “anormal” del desarrollo del cuerpo biológico.

La inteligibilidad del sexo viene dada también por una comprensión médica y legal a través de una *Matriz Heteromédica*. Ambas matrices son estructuras por las cuáles los cuerpos e identidades adquieren “sentido” y además otorgan reconocimiento legal. Los conceptos hombre y mujer son entendidos a través de la siguiente operación: hombre: pene y testículos, cromosomas XY, masculino heterosexual; mujer: vagina, ovarios y útero, cromosomas XX, femenina y heterosexual. Cualquier desajuste en este orden de comprensión sexo-genérica de las corporalidades, subjetividades, orientaciones y prácticas sexuales se considerará anomalías, trastornos, enfermedades, desviaciones, perversidades, ilegalidad e incapacidad civil para contraer contratos, como el matrimonio, conseguir trabajo etc.

Así, las interpelaciones fundacionales que marcan las palabras iniciales es nena; es nene (Butler, 1990) y cuyo énfasis está puesto en los órganos genitales, nos colocan -como parte del poder performativo del lenguaje-, en la MH y en sus derivas socioculturales, es decir, dentro de una historia de sus significaciones (...), a saber: cuerpos coherentes – sexos estables – géneros estables (donde lo femenino equivale a mujer y lo masculino equivale a varón) y deseos producidos bajo las reglas de la heteronormatividad. En este marco, la norma que produce, regula y sanciona en la diferencia heterosexual y una de las categorías que articulan la MH en Butler, es la heteronormatividad (...) (Butler 1993, citada por Lerussi 2014, 228-229).

De esta manera, las personas son el resultado de la articulación entre poder, producción, norma, regulación y sexo. Butler (1990), utiliza el concepto foucaultiano de poder, el cual se desarrolla más adelante, para explicar de qué manera funcionan los discursos de la sexualidad humana. “[...] La noción de Foucault se concentra en que el poder regulador produce los sujetos que controla, de que el poder no sólo se impone externamente, sino que funciona como el medio regulador y normativo que permite la formación de los sujetos” (Butler 1993, 49). Dentro de este orden de ideas, la autora comprende al poder desde dos aristas. La primera es la capacidad del poder como productor, aquello que crea y a la vez regula las corporalidades biológicas de las personas. La segunda, el poder en el sentido de agencia del sujeto, que subvierte en algún punto los discursos creados dentro de la *Matriz heteronormativa*.

2.1.-Historizando la noción de sexo y las categorías sexuales

Laqueur (1994) hace referencia al proceso histórico de construcción del sexo y del cuerpo, desde la afirmación de que el estado de cosas presentes hoy es “cosa de la semana pasada: también la sexualidad, como atributo humano singular y de primera importancia con un objeto específico-el sexo opuesto- es producto de finales del siglo XVIII. Nada hay de natural en ello” (Laqueur 1994, 37). En este orden de ideas, los cambios en cuanto a la comprensión del sexo y del cuerpo inician en el siglo XVIII. Este siglo está marcado por la confluencia de procesos económicos (capitalismo) y políticos (modernidad), que inician a redefinir el cuerpo y al mismo tiempo, establecen un orden de género.

Aparecen estudios científicos en torno a la anatomía y biología, nuevas investigaciones emergen para dar a conocer la constitución interna de los cuerpos. Ahora se centran en un nuevo orden estricto que exige un cuerpo, con una identidad fija, adecuadas para la producción y sobre todo para la reproducción de la fuerza de trabajo. En estas sociedades, el cuerpo es considerado el lugar en donde la identidad sexual se configura. Es conceptualizado como portador del sexo biológico, del género, y también del deseo/orientación. Es el lugar que legitima la comprensión de lo que significa ser hombre o mujer. Asimismo, es la materialización de los discursos científicos acerca de la interpretación biológica, social, y cultural que adquieren los seres humanos. Es en el cuerpo donde van encarnándose, tomando forma y adquiriendo sentido, los conceptos de masculinidad y feminidad, de las conductas “propias” de cada sexo-género.

En el siglo XVIII, la medicina empieza a estudiar con profundidad al cuerpo y al sexo que lo conforma. Laqueur (1994) es claro en explicar cómo se ha ido construyendo la división sexual y clasificación de los órganos reproductores “propios” del cuerpo de cada ser humano en occidente. En esta perspectiva, los médicos del renacimiento identifican dos modelos que conceptualizaban al sexo, los cuales son: el modelo unisexo y el modelo de los dos sexos. El primero consideraba que las mujeres “esencialmente” son hombres y diferían de éstos por el calor que poseen sus cuerpos. Demuestra como una carne única, se refleja para los hombres de los primeros siglos a través de los fluidos (sangre, semen, leche) y los procesos de digestión, (menstruación, embarazo, hemorragias), de un cuerpo anatómicamente igual, pero metafísicamente diferente. La mujer, por el calor corporal retiene los órganos reproductores al interior de su cuerpo, mientras que en el hombre, las estructuras genitales son visibles. Esta concepción del sexo unívoco “se basaba en el cuerpo del hombre como medida de todas las cosas, y el de la mujer no existía sino para comparársele con él” (García 1999, 223).

Por otra parte, el modelo dos sexos “es el modelo de categorización que determina la diferencia sexual” (Laqueur 1994, 128). En él, se mantiene la creencia de que la mujer es lo otro del hombre, no solo anatómicamente diferente sino inferior. Este modelo excluye cualquier característica o rasgo del que pueda tener una mujer (un hombre no debe tener estrógenos, una mujer no puede tener testosterona). Proclaman al cuerpo de la mujer como algo ontológico, inherente a su sexo, y no como un desprendimiento imperfecto del cuerpo del hombre. De acuerdo a Lanqueur (1994), lo que hoy se interpreta desde varios ámbitos (medicina y derecho), como sexo fue inventado en el siglo XVIII. “Los órganos de la reproducción pasaron a ser lugares paradigmáticos que manifestaban la jerarquía, resonante en todo el cosmos, por ser el fundamento de la diferencia inconmensurable” (Laqueur 1994, 257-258).

Laqueur (1994) indicó así mismo que hay dos formas de explicar el proceso mediante el cual los dos sexos modernos, tal como se imaginan en la actualidad, fueron inventados y continúan siéndolo. Una de las formas es epistemológica y la otra de carácter político-económico; ambas están estrechamente relacionadas entre sí. La explicación epistemológica se divide en dos partes: la primera está relacionada con el avance científico y tecnológico que se desarrolla en la modernidad al tratar de buscar una explicación científica y no religiosa de la vida. La segunda está relacionada con la noción de sujeto producido de Foucault, en el que un conjunto de saberes-poderes inician a configurar la vida de las personas.

En este sentido, Laqueur (1994) se sitúa en el contexto político-económico de los últimos años del siglo XVIII y primeros del XIX. El autor explora la epistemología científica del momento: el empirismo, la cual provocó siempre en el marco de una cultura que responde a necesidades políticas de jerarquización el nacimiento del modelo de los dos sexos. Por otro lado, la industrialización requería de cuerpos que puedan producir y reproducirse. Sin embargo, la concepción del modelo unívoco se mantenía, el sexo sustituyó a lo que se podría llamar género como categoría fundacional básica. De hecho, quedó constituido un marco en el que se distinguían claramente lo social y lo natural.

Fue a inicios del siglo XVII que la medicina otorgó una sustancia material a los cuerpos, el sexo biológico, considerado único, opuesto e inconmensurable. Para ello se describió la anatomía en una dicotomía estable, fija y distinta una de la otra (Laqueur 1994). En este sentido, los conceptos de masculino-femenino empiezan a crear un orden de coherencia “lógica” en los cuerpos, que más tarde serán reforzados con los estudios de embriología y genética. Aquí, la diferencia sexual es clasificada en los cuerpos por tres etapas o niveles: el sexo genético (células 46 XX o 46 XY), el sexo gonadal (ovarios o testículos) y el sexo genital (vagina, vulva, pene, próstata), que quedan determinados en el periodo fetal.

Asimismo, en este periodo se comienza a establecer un orden de género que relega a las mujeres a las tareas del cuidado, a la reproducción biológica y sobre todo, a la reproducción gratuita de la fuerza de trabajo. Los hombres son los encargados de proveer con su trabajo el sustento del hogar. Este orden dual de sexo y de género es el que sostiene material e ideológicamente al sistema capitalista (Maffía 2016).

En la actualidad, a pesar de los avances científicos en cuanto al descubrimiento de conocimiento de las variantes sexuales, anatómicas, genéticas y hormonales se mantiene la premisa de que el sexo biológico es dicotómico, y que las categorías sexuales se definen a partir de la genitalidad que presentan los cuerpos. De tal manera que la vagina o el pene otorgan al cuerpo un estatus, un certificado que concede a quién lo posee ciertos derechos y privilegios en la sociedad. Además, denotan el espacio social que cada individuo posee. El sexo biológico también proclama la exclusión que sufren los cuerpos que muestran unos genitales “ambiguos”, o corporalidades atípicas que son inclasificables dentro de la organización hegemónica de la diferencia sexual.

Las categorías de género, sexo y sexualidad son espacios corporales que brindan una multiplicidad de manifestaciones donde las personas interpelan a los presupuestos

“científicos” en torno a los conceptos binarios de sexo, género y cuerpo. “El cuerpo está entretejido y es constitutivo de sistemas de significación y representación” (Fischer 2003, 12).

2.2. Lógicas binarias y dicotomía sexual

En Occidente, las lógicas binarias han sido la manera por la cual se han interpretado a los sujetos, y objetos de estudio. Uno de sus principales fundadores es el pensamiento de Aristóteles, el cual vuelve entrar en vigencia en la modernidad. Las lógicas aristotélicas van a condicionar a las estructuras de pensamiento con las cuáles se interpreta la realidad. Por tanto, cuando se emplean estas lógicas se está partiendo de una dicotomía, cuya impronta es la existencia de un binario excluyente; verdad/falsedad, noche/día, vida/muerte, hombre/mujer, macho/hembra.

Fischer (2003) explica cómo a partir de la modernidad y la cristalización del pensamiento dual de Descartes,⁵ se produce la dicotomización de los sexos. Fischer (2003) plantea que las lógicas duales van a determinar la concepción del “sexo correcto”, y a través de este pensamiento se determina qué es lo normal, qué es lo anormal, prohibiendo ambigüedades en la anatomía de los cuerpos, las identidades, orientaciones y prácticas sexuales. En otras palabras, las categorías homosexual y bisexual mantienen las lógicas dicotómicas respecto al deseo y prácticas sexuales, en donde se establecen parámetros excluyentes que fijan límites de prohibición entre una y otra categoría. Por ejemplo, si eres homosexual, implica que no eres bisexual, las formas en que se relacionan las personas pueden ser diversas y no calzan al cien por ciento en las categorías lesbiana, gay, transexual, bisexual.

El pensamiento dualista es parte del imaginario social occidental que está basado en lógicas binarias “excluyentes y de jerarquías de poder que van más allá de la relación oprimido-opresor (...) que forman un engranaje muy complejo y que están ligados al conocimiento, a saberes, informaciones, al ámbito económico, y a la subjetividad”(Maffia 2003, 22). Esto ha hecho ver al sexo en una dicotomía que acepta la existencia de dos sexos determinados y bien definidos.

Cuando se habla de una dicotomía sexual, se hace referencia referimos a estructuras binarias, que cuando el pensamiento abstrae verdades, está condicionado a éstas. La a cultura europea y

⁵ Filósofo de la modernidad quién retoma los postulados de las dicotomías aristotélicas. El pensamiento dual cartesiano influyó enormemente en la elaboración de la visión racional del mundo moderno. Para el racionalismo el conocimiento no procede de la realidad externa captada por nuestros sentidos, realidad que percibe engañosa y de existencia dudosa; sino de la razón que se encuentra dentro de cada individuo y ofrece ideas que se nos presentan clara y distintamente.

estadounidense están profundamente comprometidas con “la idea de que hay dos sexos, y es por esta manera de adoptar estas lógicas dominantes de nuestro pensamiento con las que hacemos un imaginario de los seres humanos” (Fausto-Sterling 2006,48).

Sin embargo, vale la pena resaltar que los binarios y la dicotomía sexual en occidente no se han dado de forma uniforme y homogénea; no todas las sociedades han occidentalizado el binario sexual como una estructura para categorizar sexualmente a las personas, sobre todo en culturas nativas y apartadas de la “civilización” como es el caso de los berdaches, mojaves, cheyenes, muxhes, hijras, etc. En estas sociedades admiten un tercer, cuarto o quinto género como parte natural de sus comunidades. Pero, como se evidencia más adelante, la intersexualidad tampoco entraría en estas categorías que admiten la existencia de un tercer, cuarto o quinto género, sino más bien forma parte de un continuum casi ilimitado de corporalidades en donde lo masculino y femenino no se considerarían polos opuestos.

A pesar de ello, el pensamiento binario y la dicotomía sexual ha hegemonizado el conocimiento científico en torno al cuerpo, al sexo y al género. De esta manera, la biomedicina ha producido saberes sobre el cuerpo humano, sobre la designación sexual y la diferencia sexual, frecuentemente a partir de una visión simplista, dicotómica, de una lógica binaria, produciendo un modelo y un deseo de “verdad”. El discurso biomédico sobre la diferenciación sexual mantiene este orden de clasificación en el que se encajan a la fuerza a los cuerpos intersexuales. Es por esto que “la designación del sexo continúa estando dentro de la lógica del pensamiento binario, la práctica médica no respeta los derechos sexuales y el derecho a elegir de las criaturas al nacer” (Fausto-Sterling 2006, 57).

Sin embargo, la complejidad que presenta la realidad actual, ha llevado a la humanidad a replantearse ciertas nociones tradicionales en torno al sexo, cuyas respuestas simples (macho-hembra) no satisfacen la necesidad de entender a la diversidad humana. Tanto las y los académicos/as como los y las activistas/as intersexuales buscan “(...) desestigmatizar la intersexualidad analizando la utilización indiscriminada de las tecnologías médicas en la producción de individuos que entren en sociedad como mujeres y varones heterosexuales” (Gregori 2006, 122).

En este sentido, todos/as estos autores, realizan una crítica exhaustiva al dimorfismo sexual, denunciando lo insuficiente que resulta ésta clasificación generada por la *Matriz Heteronormativa*, que fija una coherencia “innata” entre el cuerpo, el género la orientación y

las prácticas sexuales. Al afirmar que sólo existen dos sexos, también se está atribuyendo una única función a la sexualidad humana, la cual sería la reproducción. Para ello, la condición física y anatómica de los órganos sexuales deben ser las consideradas “óptimas” por los estándares de la biomedicina, (un pene que mida más tres centímetros, un clítoris que mida menos de tres centímetros), legitimando e inmunizando a la heteronormatividad como única sexualidad ¿posible y “natural” (Maffía 2011). Además, este modelo reduccionista simplifica la sexualidad humana a una correspondencia entre los elementos físicos, (genitales, cromosomas, hormonas), intersubjetivos (roles, atribuciones, expresiones) y orientación/prácticas (homosexual, heterosexual, bisexual). Es decir, un hombre para ser considerado como tal, debe tener genitalidad de hombre, ser masculino y ser heterosexual. Otras formas de sexualidad que no tengan como objetivo la reproducción biológica de la especie se considerarán desviadas, enfermas y antinaturales, “el placer no tiene ninguna importancia, ninguna relevancia. Lo importante es constituir una familia nuclear” (Fischer 2003, 22).

Al respecto existe la siguiente pregunta,

¿Por qué no se replantea la sociedad el binario de géneros? ¿Por qué la medicina no reconoce la experiencia antropológica para cerciorarse de que existen sociedades que admiten más de dos géneros? ¿Por qué no se admite el transgénero como un género más, como un tercer género? ¿Por qué las instituciones sociales se sirven siempre de la medicina, cada vez que se presenta la duda ante la «ambigüedad corporal»? ¿Por qué la identidad corporal subjetiva cuando es «transgresora» se patologiza? ¿Por qué no se socializa? (Nieto 2003, 79).

En consecuencia, Fischer (2003) plantea el uso de las lógicas difusas (*fuzzy logic*), “para alejarnos de la lógica clásica de lo verdadero o lo falso, ya que ésta no refleja la complejidad de la realidad” (Maffía 2003, 10). El aporte principal y útil de las lógicas difusas es “intentar producir un pensamiento que desafíe al universo de lo binario, de lo dualista y al mundo basado en dicotomías” (Maffía 2003, 13). Al igual que Fischer (2003), otros/as autores/as que criticaron fuertemente a la lógica binaria son Deleuze y Guattari (2004). Ellos tomaron el concepto botánico de rizoma e hicieron su propia lectura de estos conceptos utilizándolos en la filosofía. La explicación de Deleuze (2004) acerca del rizoma es que esta raíz, que crece horizontalmente, produce a su vez raíces subterráneas y tallos aéreos. Para Deleuze y Guattari (2004), lo rizomático o los rizomas carecen de unidad que pueda ser centrada, se establecen relaciones, conexiones transversales. “Un rizoma no empieza ni acaba, siempre está en el

medio, entre las cosas, inter-ser intermezzo (Deleuze y Guattari 2004, 29)”. Es decir, que el rizoma ayuda a entender aquellos procesos cambiantes, continuos que se hallan en los intersticios de la sexualidad.

En conclusión, mantener la lógica de los dos sexos y dos géneros es una “proposición incorregible”, y simplificada de la realidad en la mayoría de las sociedades occidentales, como lo llama Fausto-Sterling (2006). Desde esta lógica se consideran dos posibilidades únicas de existencia: hombre o mujer. Sin embargo, la humanidad y la realidad biológica de los cuerpos es mucho más compleja de interpretar y existe la necesidad de rebasar la simplicidad de lo verdadero y de lo falso, de lo masculino y de lo femenino, del macho y la hembra. “Salirnos de la lógica binaria implica dejar de pensar linealmente, y aceptar la posibilidad de que no existan universales, ni trascendencias ni identidades fijas, intentar no pensar dicotómicamente es un reto cotidiano” (Maffia 2003, 11).

3. El Biopoder de la medicina y el derecho en los intersexuales

3.1. El cuerpo intersexual y su patologización

A lo largo de los años el cuerpo de las personas intersexuales ha ido adquiriendo diferentes connotaciones: han sido considerados personajes de fábula, mitos humanos, tabús⁶ y más recientemente anormales y enfermos. En el siglo XVI y XVII dan cuenta de varios casos documentados del tratamiento que la sociedad europea otorgaba a los hermafroditas. En ese tiempo la medicina (el modelo unívoco) reconocía su existencia⁷ sin problema alguno, no se consideraban como personas enfermas. Según Foucault (2001), esto cambia a finales del siglo XVIII, ya que en este período se produce una modificación fundamental en la conceptualización del hermafroditismo. Se cree que no existe una presencia simultánea de ambos sexos biológicos en un cuerpo, sino un único sexo (sexo verdadero), y una mala conformación del otro. El hermafrodita pasa a ser considerado una monstruosidad, una aberración que no tiene cabida en la clasificación de la diferencia sexual. “Esta monstruosidad

⁶ El hermafrodito, (hijo de Hermes, y de Afrodita concebido en adulterio), cuyo origen mítico se inscribe en la fábula de Ovidio que relata la historia de Nayadé de Salmacis. Que cautivada por la belleza de hermafrodito pide a los dioses que su cuerpo nunca se separara de él, de esta manera los dos cuerpos quedaron fundidos en un ser de doble sexo, dando origen a la figura del hermafrodita (Enguix 2011).

⁷ Aunque se recomendaba escoger el sexo que parecía predominante, esta opción no se fundaba en ningún saber positivo. Si el discurso médico y la literatura de prodigios, apoyándose en los testimonios de Aristóteles (*De Generatione Animalium*) y de Plinio (*Historia Naturalis*), admitían sin problema hasta los siglos XVII y XVIII la existencia de seres hermafroditas y los cambios de sexo, la sabiduría popular, poco diferenciada de aquél, dotaba a estos sujetos de ciertas propiedades mágicas y de esotéricos conocimientos sobre el modo de obtener los mayores placeres de la mujer (Enguix 2011, 29).

ya no es jurídico natural sino jurídico moral: una monstruosidad que es la de la conducta y no la de la naturaleza” (Foucault 2001, 76-78).

Esta clasificación del hermafrodita como sujeto anormal y enfermo se da desde el siglo XVIII, cuando el modelo de la diferencia sexual fue impuesto por la medicina. Este período viene acompañado por profundos cambios económicos, sociales y políticos. No se trata solamente de clasificar a las personas de acuerdo a la biología que presentan sus cuerpos, sino de crear jerarquías y ubicarlos de acuerdo a las funciones que el sistema requiere. Se inicia un proceso en el que se patologiza y criminaliza a quienes violen, transgredan o irrumpen alguna norma médica y jurídica de la *Matriz Heteronormativa*. De hecho, es en esa época cambia la denominación de hermafrodita por la de intersexual.

Los primeros en definir la intersexualidad consideran a las personas intersexuales una fábula, un mito encarnado en un cuerpo que no se reconocía enfermo, pero al que se lo obligaba a escoger una identidad sexual. En otras palabras, debían elegir si querían ser hombres o mujeres, por una sola vez, y sin ningún tipo de intervención quirúrgica o tratamiento hormonal que transforme su corporalidad, lo único que “cambiaba” en sí era su forma de vestir. Después esto cambia, ya que la medicina es quién escoge el *sexo verdadero*, de las personas intersexuales, asistida por el conocimiento científico del cuerpo.

Actualmente, existe una nueva connotación con respecto a la intersexualidad, conocida como “Trastornos de la diferenciación sexual”, y que manifiesta que no es una enfermedad. No obstante, se mantiene la creencia de que es una anomalía presente en los cuerpos, una falla que tiene que ser “curada” a través de intervenciones quirúrgicas y hormonales para mantener el orden sexual, dentro del sistema de clasificación dicotómico.

Estos conceptos binarios de sexo y género provenientes de la *Matriz heteronormativa* se articulan con el concepto de biopoder, ya que ambos sistemas constituyen un régimen político y científico de sexo y género, que producen verdades para posteriormente regularlas y controlarlas. Como se ha visto, los debates alrededor del cuerpo intersexual intervienen activamente en la “reconfiguración de algunos conceptos centrales dentro de los estudios de género. Esta reconfiguración se extiende a las categorías, dicotomías, opuestos, binomios, binarios, dimensiones, distinciones o sistemas sexo/género, hombre/mujer, heterosexualidad/homosexualidad, y naturaleza/cultura” (González 2009, 235).

3.2. Controlando la vida y regulando a los cuerpos

A partir del siglo XVIII surge un poder insular que controla social e individualmente al conjunto de personas que habitan los estados-nación; es en este siglo cuando se inician una serie de transformaciones sociales, que obedecen a una transmutación del poder. Ya no se controla la muerte, como anteriormente se lo hacía, ahora este nuevo poder se encarga de la vida, a través de varios dispositivos, (como el de la sexualidad), se crean verdades científicas encargadas de controlar a los cuerpos estableciendo sanciones a aquellas conductas, corporalidades y comportamientos que salgan de estos dispositivos normativos. Además, este poder rige a nivel individual (anatomopolítica) y a nivel social (biopolítica). Es el poder de regulación, ahora la vida misma es regulada y controlada.

Foucault (1992) trazó varios postulados analíticos, como el *dispositivo de la sexualidad*, que da cuenta acerca de las relaciones de poder que operan sobre los cuerpos y los placeres. Además el autor evidencia de qué manera el Estado a través de varias instituciones como; el hospital, la cárcel, la escuela, ha sido un dispositivo político de sujeción sobre ellos. De esta manera la sexualidad es un campo estratégico fundamental, que a través de mecanismos disciplinarios (vigilancia permanente) y mecanismos reguladores (control de natalidad, etc.) se entrecruza entre el cuerpo y la población. A estos estados de control y de regulación, Foucault (1992) los denominará sociedades de normalización; por su parte la anatomopolítica es el control del cuerpo individual para hacerlo más dócil y útil. Mientras que con el término biopolítica, se explica el ejercicio del poder, “a través del control y regulación de toda la población natalidad, mortalidad, longevidad y otras diferentes formas que el poder controla la vida” (Foucault 1992, 262)

De acuerdo con el Foucault (1992), todo saber será poder en la medida en que este saber encuentre sus posibilidades en el poder. Esta noción de poder, como productor de saberes/verdades en las ciencias objetivas, también produce poderes. Por tanto, se entiende al poder como creador de una verdad, es en este caso de un saber científico/médico/legal que a través de varios dispositivos, crean nociones de lo que es normal, anormal. A partir de estos enunciados se empieza a regular, y controlar a los sujetos que salgan de la norma. El biopoder a través de la biopolítica, va a producir a un ser humano que pueda ser tratado como un cuerpo dócil. Estas formas de dominación se encuentran en la producción de verdades, de saberes, y discursos y son parte de un mismo proceso, son un engranaje.

Un cuerpo dócil, estable y normalizado es más fácil de controlar en estas sociedades, por tanto, todos los individuos que conforman los estados-nación se tratarán de someter a los saberes creados por los discursos científicos y sociales para que ajusten su morfología e incluso subjetividad a la norma hegemónica establecida. El biopoder neutraliza la enfermedad, la ambigüedad, la anormalidad, a través de varios sistemas integrales; quirúrgicos, y psicológicos. Por ejemplo, al “normalizar” el cuerpo de las personas intersexuales a través de intervenciones quirúrgicas, se lo está sometiendo a un poder-saber médico/científico. El desarrollo sexual de los sexos está determinado por los genes, y sólo existen dos posibilidades para la conformación biológica; hombre o mujer (Betty, 2016).⁸ Además se busca la normalización de este cuerpo para convertirlo en un cuerpo “dócil” (Foucault 1992).

3.3. El biopoder de la medicina

Foucault (1992), considera que la sexualidad es un dispositivo de control y normalización de los cuerpos, que se da a partir de crear un saber y posteriormente regular el mismo. Por lo tanto, diferentes instituciones de saber crean la definición de un cuerpo “normal” para después controlar y “normalizar” a los sujetos que salen de este concepto, considerándolos peligrosos, abyectos, enfermos y anormales. Lo anteriormente expuesto por Foucault (1992), se refleja en los conceptos que la ciencia médica ha creado en torno a la anatomía de los cuerpos. En este sentido, la biomedicina ha producido saberes sobre el cuerpo humano, sobre la designación sexual y la diferencia sexual, frecuentemente a partir de una visión simplista, dicotómica, de una lógica binaria, produciendo un modelo y un deseo de verdad.

Con el transcurso del tiempo, el modelo biomédico hegemónico de la sexualidad humana, ha ido desarrollando un conjunto de técnicas especializadas en cada parte del cuerpo. A esto de lo define como lo tecnocracia. Este concepto parte, por un lado, de una concepción científica, y por otro, de un concepto técnico, relacionado a la búsqueda del bienestar de la humanidad. Las técnicas médicas muchas veces son consideradas neutras; que no influyen directamente sobre los sujetos, cuando en realidad sí lo hacen. De hecho, el apareamiento de la técnica confluye con la configuración del saber-poder médico que utiliza un lenguaje a través de lo “científico” en base a conocimientos que han sido estudiados estadística y empíricamente. En este sentido, “se establece una especie de decisión del que sabe, el médico, y está en condiciones de dar su diagnóstico determinando lo sano y lo enfermo” (Belmartino 1987,

⁸ Entrevista personal a Betty, médica pediatra, mayo de 2016 en la ciudad de Manta.

198). El que no sabe, en este caso el paciente, debe acatar lo que el médico dice, sin tener ninguna posibilidad de cuestionar su saber.

Es conocido el “poder que los médicos tienen sobre sus pacientes y sus familias, pero quizás es menos conocido de qué modo ese mismo poder médico hegemónico es servil a una ideología cultural intransigente y patriarcal” (Fischer 2003, 22). Esto demuestra que para la medicina en las sociedades occidentales prevalece una finalidad en el cuerpo, de producir y reproducir a la especie; lo que ha conducido a que el conocimiento médico hegemónico, históricamente haya creado representaciones de un cuerpo orgánico que es homogenizado, intervenido, y estandarizado, a través de procesos de mediación, auscultación, diagnóstico y otros procedimientos técnicos que inscriben al cuerpo dentro del parámetro de normalidad. Con esto, lo que se busca es controlar, someter y encasillar a los cuerpos que salen de la norma médica.

El saber-poder médico y la relación establecida con las técnicas de intervención en el cuerpo generan una relación de subordinación médico-paciente, “en la que el paciente se constituye en el dependiente del médico, quién tiene el poder del conocimiento” y “solucionará” el problema del “paciente” (Belmartino 1987, 198). Cada vez más el discurso médico ha ganado espacio en los ámbitos anteriormente considerados privados dentro de los estados. Así, cada vez más tiene el poder de definir y diagnosticar la desviación o patología, y al mismo tiempo está en la facultad de controlar a través del tratamiento, cuya principal función es de curar/eliminar toda anormalidad presente en el cuerpo.

El punto de inflexión sobre el que actualmente se apoya la medicina para tratar la intersexualidad se lo encuentra en John Money, que inició el tratamiento a las personas que “padecen” esta condición a mediados de los años setenta. Con Money se inicia la “normalización” quirúrgica de los cuerpos que presentan discordancias en torno a las clasificaciones dicotómicas de la anatomía, y biología humana. Desde este entonces se trata de “asignar y construir quirúrgicamente un solo y creíble sexo para cada cuerpo ambiguo” (Dreger 1998, 157-166).

3.4. El bipoder del derecho en las personas intersexuales

Las diferentes formas de regulación y control que adquiere el bipoder también se hacen presentes en el derecho, a través de las leyes que poseen cada uno de los Estados. El derecho “es una regulación altamente sofisticada y especializada de la vida social conforme a ciertos

principios de Justicia, a la vez, un control social de toda sociedad organizada y políticamente desarrollada” (Foucault 1992, citado en Aguilera 2012, 13).

Tanto la ley como el derecho condicionan y organizan la vida de las personas obligándolas a adoptar determinados comportamientos, actitudes, formas de comportarse que están relacionados con el “adecuado” y “normal” orden social. Cualquier manifestación, que atente en contra de estos principios construidos en la estructura social, será sancionada, criminalizada, castigada y regulada a través del aparato legal. La creación del derecho, entendido como el conjunto de leyes y normas, establece la “facultad” que tienen las personas de “hacer” o no “hacer” todo aquello que la ley o la autoridad estatal establece, como correcto/incorrecto, lícito/ilícito, legítimo/ilegítimo.

El análisis de Foucault (1992) permite la articulación del concepto de biopoder con la creación del derecho y la naturalización de las normas sociales dentro de las sociedades occidentales. El derecho también crea “verdades” que transforman y adecúan el comportamiento de las personas y las relaciones que se desprendan de diferentes actos. La función principal del derecho es normar la vida de las personas dentro de la sociedad. Para este fin se crea la ley cuyas características formales consisten en permitir, mandar y prohibir cualquier tipo de actos que se desprendan de las relaciones sociales entre las personas. Sin embargo, la ley para Foucault (1992) tiene la capacidad de producir y sancionar a los sujetos que transgredan las conductas inapropiadas, transformando a los sujetos en culpables, criminales, ilícitos, ilegales, inocentes o libres de culpa.

El derecho es producido, modificado y transformado por intereses de ciertas personas, clases, grupos o sociedades completas. Estas personas se encuentran situadas en un contexto determinado o en un momento dado pueden producir, por condiciones inherentes al poder, cierto tipo de saber. Esto es, que ciertas personas acomodadas en instantes históricos, económicos, políticos, sociales, incluso geográficos, ostentan y detentan cierto ejercicio de poder, poder que únicamente existe en cuanto es ejercido sobre otros, poder que produce y reproduce saberes ligados a estas prácticas de poder, que a su vez generan a niveles discursivo (Foucault 1992, citado por Aguilera y González 2011, 3).

De esta manera el derecho se convierte en un dispositivo de control y de regulación. Las leyes y códigos civiles, pero sobre todo penales vigentes así lo demuestran. Se construyen lugares para sancionar las conductas que estén fuera del orden legal, político y moral de la sociedad: la cárcel. La prisión, el hospital, el manicomio son grandes industrias de poder-saber. “Sus

especialistas y sus ciencias como la psiquiatría, criminología, psicología, sociología aseguran a los jueces que la ‘normalidad’ se encuentre en todas partes”; ésta se halla incluso en el cuerpo y las identidades de las personas (Aguilera y González 2011, 4). Uno de los dispositivos de la biopolítica foucaultiano es el quirófano, lugar de legitimación de los genitales normales, y donde un conjunto de especialistas examinan los cuerpos asignando un sexo-género a los intersexuales.

El poder se manifiesta y produce consecuentemente efectos de verdad. Toda práctica de poder produce verdad, y toda verdad produce poder, así, poder, verdad y derecho son una tricotomía inseparable que se condiciona continuamente. Así, vemos como las reglas del derecho, permean, permiten y condicionan ciertas prácticas y relaciones de poder (tal es el caso de todo el aparato legislativo y judicial) que a su vez produce discursos de verdad (como la legislación, los discursos académicos, etc.) (Aguilera y González 2011, 6).

“Las técnicas y los discursos nacidos de las disciplinas, médicas, psiquiátricas, genéticas, urológicas invaden al derecho, y los procedimientos de la normalización colonizan cada vez más los de la ley” (Foucault 1996, 56). Ello constituye la nueva inteligibilidad y racionalidad en el derecho que atraviesa todas las prácticas institucionales. En el orden sexual, el derecho construye diferencias sexo genéricas, esto se lo puede notar en las diferentes leyes donde repetidamente se menciona la palabra sexo y género como dos cuestiones obligatorias a ser llenadas en diferentes documentos como cédulas, pasaportes, actas de matrimonio. En este caso, el derecho y la ley actúan como entes legitimadores que aceptan de la existencia única de hombres y mujeres desde el inicio hasta el final de la vida de las personas. De hecho, la ley condiciona el estatus de ciudadanía a los sujetos imponiéndoles un sexo biológico, que no son capaces de escoger. En este sentido, se manifiesta que:

El poder prescribe al sexo un “orden” que a la vez funciona como forma de inteligibilidad: el sexo se descifra a partir de su relación con la ley. Lo que quiere decir, por último, que el poder actúa pronunciando la regla: el poder apresa el sexo mediante el lenguaje o más bien por un acto de discurso que crea, por el hecho mismo de articularse, un estado de derecho (Foucault 1992, 102).

Hasta el siglo XVII las personas intersexuales eran aceptadas dentro de la sociedad, pero obligadas a definir su condición identitaria sexual en la edad adulta. Los principales reguladores de la condición intersexual eran los jueces, que de vez en cuando realizaban consultas periciales a médicos o sacerdotes. Estos criterios no influenciaban directamente en

las decisiones judiciales respecto a la diferencia sexual. No fue sino hasta finales del siglo XVIII cuando la medicina ocupa el lugar otorgado anteriormente a los jueces y a los sacerdotes. Desde entonces la medicina es la encargada de resolver los conflictos sexuales, a través de investigaciones y prácticas científicas.

El derecho, a través del aparato estatal, controla que el orden binario permanezca, legitimando el saber médico y regulando las anatomías que salen de esta norma. A su vez el derecho reconoce a través de la ley a aquellos sujetos que cumplen con los requisitos impuestos por el saber médico. El poder del derecho faculta, legitima y reconoce lo que el saber médico supone como normal. Y la articulación de estos dos saberes crea las nociones de persona y por ende de ciudadano/a, que están supeditados al sexo dicotómico. Por tanto, toda persona que transgreda este modelo no tendrá acceso a la condición de persona, ni a la de ciudadanía y por tanto, no se la considerará sujeto de derechos.

El mantener el sistema binario de clasificación sexual en los conceptos biomédicos de la anatomía de los cuerpos, crea un imaginario estigmatizador en el cual se atribuyen funciones “propias” de cada sexo. De esta manera, las personas intersexuales son vistas por los doctores/as como sujetos que si no se les asigna quirúrgicamente un sexo, no son capaces de tener vidas satisfactorias. Si esto no ocurre entonces podrán tener vidas miserables, al no poder no casarse, y tener hijos. “Aquí el género no sólo es una construcción social en la teoría, sino que literalmente puede ser construido a través de la intervención humana” (Sandivia 2007, 20).

Si se revisan los discursos emitidos por diferentes médicos, la necesidad de asignar está ligada a la reproducción humana. De acuerdo con este imaginario no existiría felicidad, o placer con otras manifestaciones de la sexualidad que no sea el coito vaginal. Estas interpretaciones de la sexualidad también están involucradas con el tamaño “correcto” que deben tener los órganos sexuales reproductores. Esta manera de simplificar la sexualidad repite estereotipos impuestos por la norma heterosexual. Entonces, la medicina actúa siguiendo construcciones sociales de género y no de cuestiones totalmente científicas.

Un ejemplo que contextualiza las fallas del sistema jurídico y médico en torno a la intersexualidad es el expuesto en “Duelo de dualismos”, donde se cita el caso de la vallista española María Patiño que en el año de 1988 fue expulsada del Comité Olímpico Internacional por no superar el examen de feminidad, ya que su cuerpo escondía un

cromosoma Y (sexo genético masculino) unos testículos, y carecía de ovarios y de útero. Patiño que nunca dudó de que era mujer, no volvería a competir hasta años después en que comprobarían su condición “ambigua”. La verificación del sexo en las atletas permite evidenciar las concepciones dicotómicas y hegemónicas en torno al sexo biológico, manteniendo la noción de coherencia entre sexo, identidad orientación y prácticas sexuales. En este caso, cualquier desajuste que presente la persona, de cualquiera de estas tres condiciones, es sancionada por la norma científica, legal y social.

Conclusiones preliminares

Los aportes del feminismo, los análisis históricos en torno al sexo y al género, los estudios Queer y transfeministas han sido importantes para deconstruir y desnaturalizar la categoría sexo biológico y comprender cuáles han sido las lógicas que han marco las interpretaciones del cuerpo sexuado. Asimismo, es importante evidenciar las diferentes formas en que el biopoder, a través del saber-poder médico y jurídico, ha ido configurando las concepciones de masculinidad, feminidad, normalidad, anormalidad, lícito, ilícito, legal ilegal, humano, inhumano. Todos estos conceptos guardan estrecha relación con el pensamiento binario occidental y hegemónico, que excluye cualquier diferencia emitida por la *Matriz Heteronormativa* respecto al cuerpo biológico, género orientación y prácticas sexuales. En tanto que un hombre o una mujer, son definidos por un conjunto de genitales, gónadas y cromosomas. Además tendrán una identidad coherente con un género y una orientación y prácticas sexuales guiadas por la norma heterosexual.

En otras palabras, no es el sexo biológico lo que define la realidad de los cuerpos, sino es la manera de entender e interpretar al género. Es por eso que las categorías sexuales hombre-mujer son insuficientes y no dan cuenta de las diferentes formas que puede adoptar un cuerpo sexuado. Las personas intersexuales al no calzar dentro de la clasificación sexo-género, se las obliga a través de intervenciones quirúrgicas, a “normalizar” sus cuerpos. En este sentido, lo que se pretende es que ese cuerpo “confuso” adquiera a través de la cirugía el estatus de persona y ciudadano/a.

Las personas intersexuales son el ejemplo más claro de cómo el biopoder se articula con los discursos de saberes médicos y jurídicos para producir y regular un cuerpo “ambiguo”. Esta clasificación se asigna a un cuerpo que no puede producir y reproducirse, y que además atenta contra el orden de género cuya base es el sistema capitalista. Literalmente, con las personas intersexuales se evidencia que el género es construido a través de la intervención médica y

legal (Sandivia 2007). Al mismo tiempo, el intersexual es un cuerpo agente que transgrede los límites impuestos por la norma, al no establecerse dentro de un estándar de “funcionalidad” y “normalidad” heteronormativo.

Capítulo 2

La intersexualidad en el contexto ecuatoriano

Introducción

La intersexualidad sigue siendo un tema totalmente desconocido para la mayoría de la población ecuatoriana. Las personas intersexuales son conocidas sobre todo como “hermafroditas”, y son parte de una población invisibilizada en el orden social, legal e incluso médico. La intersexualidad muchas veces es asociada con la homosexualidad, una confusión que se da por la desinformación y por la falta de investigaciones acerca del tema en el país, ya que no existen estudios al respecto. Actualmente solo se poseen unos pocos estudios médicos, sobre todo tesis (Quiroz 2011), que abordan el procedimiento quirúrgico para los bebés intersexuales, sin debatirlo o cuestionarlo.

El objetivo de este capítulo es situar la intersexualidad en el contexto de Ecuador para explicar cómo se ha entendido este complejo tema en diferentes momentos y entre diferentes grupos de la sociedad ecuatoriana (iglesia, Estado, medios de comunicación, academia, comunidad GLBTI, etc.), y explicar cómo esto ha guiado las visiones y respuestas que se dan desde instituciones como la medicina y el derecho. Se deja claro, sin embargo, que las comprensiones y respuestas desde el Estado y la sociedad ecuatoriana no son aisladas sino que están estrechamente conectadas con discursos y modelos internacionales que buscan normalizar los cuerpos de las personas intersexuales. Al final del capítulo se mostrará que estos discursos y modelos normalizadores empiezan a ser cuestionados en algunos países, lo que se refleja en el surgimiento de legislaciones más incluyentes y respetuosas frente a las personas intersexuales.

Hay que partir diciendo que en Ecuador los nacimientos de bebés intersexuales son etiquetados de “interés” y “urgencia médica” por razones legales y psico-sociales. El “interés” y la “urgencia” se definen, en primer lugar, por la necesidad y obligatoriedad legal de definir un sexo por parte de los médicos/as, y además por la idea de que la identidad sexual se fija hasta los dos años de edad, por lo que antes de esa edad la persona tiene que ser “normalizada”. Es decir, la consideración de “urgencia médica” no se da por cuestiones de salud, como se explicará en el capítulo 4, pues salvo contadas excepciones la intersexualidad causaría alguna enfermedad.

Las comprensiones en torno a la intersexualidad en el país se reflejan también en calificativos como “monstruos”, “demonios”, “hermafroditas”. Esta última consideración es la que está más presente en el imaginario social de las y los ecuatorianos, y refleja también las consideraciones internacionales con respecto a la intersexualidad. Se trata de un imaginario que hace alusión a aquella figura de la mitología griega que encarna a los dos sexos en un solo cuerpo, aunque hay 60 variaciones de cuerpos sexuados reconocidas por la medicina.

Para la mayoría de la población ecuatoriana hablar de intersexualidad es algo totalmente nuevo y por ello, usualmente es confundida con la homosexualidad. Esto demuestra la falta de conocimiento e información del tema, que en realidad ha sido muy poco estudiado tanto desde las Ciencias Sociales, como desde las mismas investigaciones médicas y desde el quehacer del Estado ecuatoriano. En esta investigación se encontraron muy pocos estudios médicos, principalmente una tesis de pregrado en la que se describe el tratamiento que brindado a los recién nacidos intersexuales en donde además se califican como urgencias médicas.

En este contexto, es oportuno plantear que la intersexualidad en Ecuador está fuertemente conectada a la desinformación, y esto va desde la sociedad ecuatoriana en general, pasando por mucho/as médicos y doctoras e incluso las mismas personas intersexuales y sus familiares, como se explicará en el capítulo 4.

Pero además de la desinformación y la invisibilización del tema de la intersexualidad en el país están las visiones negativas y los calificativos peyorativos sobre las personas intersexuales. Algunos de estos calificativos recientemente aparecen en algunas publicaciones de la prensa nacional, que han sacado noticias que dan a conocer a las personas intersexuales pero calificándolas de personajes míticos, cuerpos “defectuosos”, “anómalos”, “extraños”, “raros”, “enfermos” (ver el análisis que se hace al respecto en El Telégrafo 2014). Estas visiones negativas y peyorativas justifican que muchas personas intersexuales sean maltratadas y violentadas en diferentes ámbitos, entre ellos el de la salud.

1. La obligatoriedad de tener una identidad sexual binaria

La regulación y control de las corporalidades e identidades sexuales en Ecuador inicia con la conformación misma del Estado ecuatoriano, en 1830. Una de las primeras instituciones que tuvo como misión regular a la población fue la iglesia católica, que a través de ritos como el bautizo o el matrimonio reforzaron (y todavía refuerzan) los órdenes sociales y de género. En el bautizo, además, la iglesia llevaba el control de los nacimientos y el registro de datos como

nombre y sexo, que se convertían en elementos sociales y legales que configuran la identidad personal. De esta manera la iglesia ecuatoriana también reproducía/reproduce y regula la identidad sexual binaria de las personas dentro del Estado.

Posteriormente, estas funciones fueron asumidas por el Registro Civil, institución fundada en octubre de 1900, en la presidencia de Eloy Alfaro. En esta etapa inicia el Estado laico, se separa de la iglesia del Estado y se inicia la revolución liberal en el país. Sin embargo, en esta etapa no hubo mayores cambios con respecto a la manera en que la identidad sexual se concibe en términos binarios, más bien se naturalizan e institucionalizan las concepciones binarias en torno a la dicotomía sexual. Justo en esta época se profundizan varios estudios médicos y científicos basados en las diferentes funciones de las hormonas y cromosomas, y su influencia en el desarrollo del cuerpo sexuado (Fausto-Sterling 2006).

El Registro Civil en la actualidad es la institución encargada formalmente de registrar/inscribir los nacimientos, matrimonios, defunciones e incluso la identidad misma de una persona dentro del Estado ecuatoriano.⁹ Un dato que se establece de manera repetitiva en toda la documentación que establece el Registro Civil es el sexo. De hecho, el reconocimiento del sexo (único y “verdadero”) es la primera forma en que las personas son “inauguradas” en el mundo y reconocidas como personas. Por ello, cuando una persona nace el doctor que atiende el parto es obligado legalmente a inscribir al bebé en el registro de nacido vivo que establece el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), incluyendo obligatoriamente nombre y sexo.

El Registro Civil otorga un documento importante que hace referencia al reconocimiento social y legal, y que otorga el estatus de ciudadanía: la cédula de identidad. Este documento es un requisito obligatorio que exige el Estado para poder realizar diversas actividades, como acceder a servicios de salud, educación, adquirir bienes, conseguir trabajo, llenar planillas o participar en procesos electorales. Es decir, este documento es un habilitante para poder ejercer la ciudadanía y por ende acceder al estatus de sujeto de derechos. Sin este documento, que incluye como dato obligatorio el sexo, no son ciudadanos y por ende no se puede acceder a derechos.

⁹ Ley Orgánica de identidad y datos civiles. Artículo 1.- Esta institución garantiza “el reconocimiento a la identidad y a normar, regular la gestión y registro de los hechos y actos relativos al estado civil de las personas y su identificación. Ley de Registro Civil http://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/LEY_ORGANICA_RC_2016.pdf. Consulta mayo de 2016

Tan importante es el sexo para el Estado que se convierte en una marca, un distintivo que ha de utilizarse en cada acto cotidiano, como por ejemplo cuando se necesita del servicio de un baño público.

Desde la academia, Argüello (2014) se pregunta si el Estado tiene sexo y la respuesta es que definitivamente sí lo tiene. El Estado tiene un sexo masculino y femenino, dice Argüello (2014), que además muestra cómo, a partir de conceptos binarios, la institucionalidad estatal ha ido regulando jurídicamente a las personas e incluso ejerciendo diferentes formas de dominación estatal basadas en el género y la sexualidad, como la manera en que las personas transgénero han sido excluidas del Estado ecuatoriano. Sin embargo, al tiempo que la autora cuestiona la identidad de género como algo natural, fijo y necesariamente acorde a un sexo biológico, el sexo no es cuestionado en este mismo sentido y por tanto se mantiene dentro de las lógicas binarias que marcan la biología sexuada de los cuerpos.

A diferencia de las personas intersexuales, a quienes se les llega a asignar quirúrgicamente un sexo a temprana edad y con ello se les asigna un sexo social y civil, las personas transgénero son personas cuya identificación no tiene concordancia entre su sexo biológico y su identidad de género (Argüello 2014, 116).

En esta cita la autora quiere decir, siguiendo a la campaña “Mi género en mi cédula”, emprendido por colectivos transfeministas y GLBTI, que las categorías fijas y rígidas de la cédula de identidad ecuatoriana han dejado sin derechos a las personas transgénero. Sin embargo, llama la atención que no se cuestione el proceso de asignación quirúrgica a las personas intersexuales. Tal como lo indica la cita, parece que esa cirugía soluciona un “problema” y permite que las personas intersexuales obtengan una identidad civil y por ende derechos.

En las siguientes secciones se muestran algunas de las formas en que la sociedad ecuatoriana ha invisibilizado a las personas intersexuales, vistas simplemente como casos aislados y poco frecuentes. Se sostiene que aunque la “diversidad sexual” es cada vez más reconocida a nivel legal y en discursos populares y académicos, la realidad particular de las personas intersexuales en Ecuador todavía es invisibilizada en leyes e incluso en la comunidad GLBTI.

De hecho, en la actualidad las denuncias realizadas por varias personas intersexuales adultas evidencian el sometimiento, la burla y la falta de interés estatal cuando son atendidos/as en los centros de Salud Pública. Las connotaciones como “asco” “aversión” “confusión” dan a

entender que las personas intersexuales son una población invisibilizada y violentada (Silueta X 2016).

Un ejemplo de lo expuesto se halla en la denuncia emitida por la “Asociación Silueta X” perteneciente al año 2016, realizada por una persona intersexual en contra de una de las doctoras que atienden en el Hospital universitario de Guayaquil. En la denuncia se expone la falta de profesionalismo y ética por parte de la doctora, manifestándose textualmente que:

La doctora, conjuntamente con sus ayudantes, se burló de mi condición intersexual. Posterior a la burla y la exposición pública que hizo mofa sobre mi hipótesis de intersexualidad y de una manera peyorativa, con un lenguaje corporal que aparentaba asco por mi persona me dijo que pase y que abra las piernas. Motivo por el cual me retire del hospital sin hacerme el chequeo. Me sentí muy mal al punto de no haberme hecho revisar hasta el día de hoy, pues temo ser tratado de la misma o peor forma (Asociación Silueta X 2016).

Esta denuncia muestra la ausencia de políticas públicas (leyes, reglamentos internos, ordenanzas, manuales de atención) para la atención a personas intersexuales en centros de salud pública. Por otro lado se puede evidenciar la falta de ética y de respeto que existe por parte del personal de salud hacia las personas intersexuales.

2. La frecuencia y la “normalidad”: los nacimientos intersexuales en Ecuador

Es imposible determinar una cifra exacta de cuántas personas intersexuales nacen cada año en el Ecuador. Esta dificultad radica en que la intersexualidad es una condición biológica muy amplia que está invisibilizada por las actuales categorías sexuales. De hecho, a nivel mundial se estima que existen aproximadamente 60 tipos de anatomías intersexuales según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Asimismo, académicas que estudian este tema, como Fausto-Sterling (2006), consideran que el 1,7% de la población mundial es intersexual. Hay que tomar en cuenta que esta “condición” no sólo se presenta a nivel genital, donde se hace más evidente, sino también a nivel gonadal y genético, de ahí su complejidad de establecer datos conmensurables debido a las múltiples manifestaciones de las corporalidades intersexuales.

Con respecto a Ecuador, las cifras que se presentan a continuación responden a datos estadísticos obtenidos por fuentes primarias y datos proporcionados por los y las médicos y médicas entrevistados/as de los diferentes hospitales. La información corresponde únicamente a los nacimientos denominados “sexo ambiguo”, por la genitalidad atípica que presentan al

momento de nacer; las otras formas de intersexualidad no han sido tomadas en consideración por la escasa información existente.

Como ya se manifestó anteriormente, según datos estadísticos de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en el año 2014 nacieron 8923 bebés en ese centro de salud, de los cuales 17 fueron catalogados como “sexo ambiguo” (HGOIA 2014).¹⁰ Esto significa que de cada 1000 nacimientos aproximadamente 2 fueron bebés intersexuales. En el Hospital Verdi Cevallos¹¹ de la ciudad de Portoviejo en el año 2015 existe una frecuencia de 3 cada 1000 nacimientos de bebés intersexuales. Estos nacimientos de acuerdo a la consideración y al intervalo estadístico, son muy frecuentes al ser de 2 y 3 por cada mil nacimientos en los Hospitales Isidro Ayora en Quito y Verdi Cevallos en Portoviejo. “Se habla de poco frecuente cuando son 1 en 10000 nacimientos y muy poco frecuente es a partir de 1 en 500000. Mientras que se entiende como frecuentes cuando nacen 1 de cada 800 nacimientos”.¹²

De esta manera, lo más “frecuente” se transforma en lo “normal” y esto es a su vez transformado en lo ideal, en lo que toda sociedad espera. En cambio, lo poco frecuente, lo “minoritario” es visto como “anormal” o patológico; es algo que incomoda y quiere ser borrado, transformado o intervenido. Así las personas intersexuales por ser “minoría” son sometidas a la intervención quirúrgica para “normalizar” sus corporalidades e identidades.

Si se acude a los conceptos de normal y patológico (Canguilhem 1971), el modelo biomédico y social del cuerpo se determina a partir de una serie de condiciones físicas, y subjetivas. Los órganos sexuales internos y externos se corresponden con una genética masculina o femenina (no ambas) además, que a estos elementos se incorpora una única identidad de género, y ésta a su vez se orienta con el aspecto afectivo-sexual hacia personas de diferente sexo. Todos estos elementos, deben estar de acuerdo a la dicotomía sexual de la *Matriz Heteronormativa* de hombre/mujer.

La medicina determina los conceptos de normalidad y anormalidad, a partir de postulados estadísticos basados en la frecuencia numérica. A través del teorema del límite central o Campana de Gauss, se va configurando la creencia de que la normalidad es un dato esencial en los seres humanos, asimismo, que ésta se encarna en el cuerpo, “lo esencial de lo normal

¹⁰ HGOIA, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora. Estadísticas de nacidos vivos 2014 (base primaria).<http://www.hgoia.gob.ec/documentos/pdf/estadisticas/Informe2014/NACIDOS%20VIVOS%20DEFUNCIONES2014.pdf>.

¹¹ Entrevista personal, Genetista Héctor, Portoviejo el 14 de abril del 2016.

¹² Entrevista personal, Genetista Johana, Manta el 19 de mayo de 2016.

consiste en ser normativos”. En este sentido, existe una relación entre las consideraciones médicas de lo normal y lo patológico, ambos conceptos determinados por variaciones cuantitativas, “lo patológico es designado a partir de lo normal”. En otras palabras, como “la mayoría de recién nacidos tienen genitales claramente distinguibles como masculinos o femeninos, se convierten en normales, en cambio, los recién nacidos con genitales ambiguos se consideran “anormales”, por ser, estadísticamente, menos frecuentes” (Canguilhem 1971, 153).

En definitiva, la concepción de normalidad es dada a partir de la articulación entre lo patológico y lo estadístico. Los discursos médicos, acerca del concepto de normalidad, confirman lo anteriormente expuesto; la mayoría de médicos/as entrevistados/as, utilizan las palabras “común”, “mayoría” “totalidad” “frecuente” y recurrente” para clasificar a lo patológico de lo sano. Esto se debe a que lo poco común, lo poco frecuente o recurrente es asociado a la anormalidad. Por tanto, la normalidad como la anormalidad son construcciones elaboradas a partir del imaginario cultural, atravesado por lógicas binarias. En el ámbito sexual también ocurre lo mismo.

3. ¿Diversidad sexual sin intersexuales?

El colectivo GLBTI, y de manera particular el intersexual, es un movimiento político organizado por personas que desafían abiertamente la normalización compulsiva de su identidad a través de la intervención médico/social de sus cuerpos y subjetividades. Manifiestan un rechazo a las normas binarias y dicotómicas impuestas por la ciencia biomédica y exigen el respeto a la autonomía de sus cuerpos.

El movimiento latinoamericano de activistas intersexuales denominado “Brújula Intersexual” es una de las primeras organizaciones sociales que agrupan a colectivos de personas con variaciones naturales del sexo biológico pertenecientes a Centro y Sudamérica. Dentro de este colectivo se encuentran militando algunos activistas intersexuales ecuatorianos, aportando al reconocimiento de derechos de las personas intersexuales. El lema principal del movimiento es: cambiar a la sociedad, no a los cuerpos de los niños intersexuales. Asimismo, rechazan cualquier tratamiento médico-legal que pretenda “normalizar” sus cuerpos. Para este colectivo, ser intersexual es sinónimo de variación y de transgresión a los límites que establecen los conceptos de masculinidad y feminidad.

Sin embargo, los movimientos GLBTI en Ecuador se han concentrado en la lucha por temas como el matrimonio igualitario, la adopción homoparental y en temas de reconocimiento a la identidad transexual. De esta manera el tema de la intersexualidad a nivel nacional ha quedado reflejado básicamente por la inclusión de la “I” en las siglas de este colectivo. Esta situación se mantiene aunque en los últimos años, con impulso, apoyo o inspiración de la comunidad GLBTI, se han publicado varios estudios (desde la Academia, las ONGs o instituciones del Estado) que tratan temas de diversidad sexual y se enfocan en el reconocimiento de derechos a las personas con diversa condición sexo-genérica.

De hecho, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC,¹³ desde el año 2012 desarrolla una serie de investigaciones respecto a las poblaciones GLBTI, en cuanto al acceso de derechos como la educación, vivienda, movilidad, salud, entre otras. En estos estudios el tema intersexual es apenas mencionado y de manera muy rápida conceptualizado. Específicamente las investigaciones muestran importancia por temas como el acceso a los servicios estatales, entre ellos la salud y la educación etc. Pero el tema intersexual es solamente agregado en la sigla I sin ser analizado de manera particular. Es decir, no se sabe cuántas personas intersexuales existen en el Ecuador, tampoco se ha realizado un estudio estadístico del número de nacimientos intersexuales por año. De esta manera el tema es completamente invisibilizado.

Aunque en el país existe un reconocido activista intersexual, no se han logrado grandes avances. Santiago asume su corporalidad no binaria como un espacio para “generar conocimiento social”, e informa a las personas acerca de la intersexualidad (ver capítulo 4), sin embargo, este tema sigue invisibilizado en proyectos del colectivo GLBTI y también en leyes nacionales.

Así, el proyecto “Mi género en mi cédula, a una palabra de ejercer ciudadanía”, impulsado en el año 2012 por los colectivos transfeministas en Ecuador tuvo como objetivo principal sustituir la mención registral de sexo por género en la cédula de ciudadanía ecuatoriana. A pesar ser innovadora, la propuesta del proyecto “Mi Género en Mi cédula” no dejó de anclar la identidad de género a la dicotomía sexual. Como se explica y se justifica una de las cabezas

¹³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Estadísticas realizadas a la población GLBTI durante el año 2013.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Metodologia_estudio_de_caso_LGBTI-octubre2013.pdf

de este proyecto: “es un paso binario para posteriormente desarticular la categoría sexo en la documentación estatal” (Vásquez (2015, 3).

Este proyecto de ley no se aprobó y en su lugar se dio paso a la Ley de Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos civiles. Dentro de esta ley está estipulado el cambio de la palabra género, en lugar de sexo inserto en el documento de identidad. Este proceso consiste en cambiar el dato del sexo asignado al nacer, por el género que escogiera la persona que lo esté solicitando. Para solicitar este cambio, uno de los requisitos exigidos es ser mayor de edad.

A la fecha de cierre de esta investigación, este proyecto de ley aún no se generalizaba a nivel nacional, salvo para las ciudades de Quito y Guayaquil en donde pocas personas han podido acceder a este recurso legal. Otro de los cambios que establece esta ley es la conceptualización de género y de sexo. Existe una diferencia entre estas dos interpretaciones; específicamente el género “se establece como el conjunto de características sociales, y culturales que la sociedad atribuye a las personas en sus diferentes roles de forma diferenciada de lo que considera masculino, o femenino, y que por autodeterminación de las personas, se identifican como tales”. El sexo es entendido como “el conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas de los seres humanos, que los definen como hombre, o como mujer”.¹⁴ Sin embargo, esta ley vuelve a reforzar la idea de la presunta naturalidad de la dicotomía sexual, al igual que las feministas de los 70s que cuestionan al género y dejan de lado al sexo biológico.

A nivel de las leyes, también se pudo evidenciar la manera en que la intersexualidad es invisibilizada, como se explica a continuación.

4. Otras respuestas institucionales

De acuerdo a las entrevistas realizadas y a la bibliografía consultada en libros de pediatría, tesis y sentencias judiciales no existe un consenso en la manera en que se atienden o atendían en los hospitales públicos del país, a las personas intersexuales. De hecho, hasta el día de hoy no existe un protocolo médico estandarizado para la atención a estas personas. De igual

¹⁴ Ley Orgánica de Identidad y datos civiles. Género.-se establece como el conjunto de características sociales, y culturales que la sociedad atribuye a las personas en sus diferentes roles de forma diferenciada de lo que considera masculino, o femenino, y que por autodeterminación de las personas, se identifican como tales. Sexo.-es el conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas de los seres humanos, que los definen como hombre, o como mujer http://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/LEY_ORGANICA_RC_2016.pdf. Consulta mayo de 2016

manera, en el Registro Civil, tampoco hay una directriz legal para que las personas intersexuales puedan cambiar su identidad sexual, en caso de que lo requieran.

Lo que se ha encontrado en el país son leyes y reglamentos, como el estipulado el artículo 11, inciso 2 de la Constitución ecuatoriana, que establece la no discriminación por cuestiones de sexo, identidad de género, orientación sexual y por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente. Pero, “no se incluyó el tema de la no discriminación por canon corporal, que protegería a las personas intersexuales” (El telégrafo 2009).

Aunque el tema del respeto a la corporalidad de las personas intersexuales ha sido tratado desde una visión social durante el año 2009; en la parte médica e institucional se ha trabajado muy poco o casi nada al respecto.

Otra de las leyes en cuanto al reconocimiento de la diversidad sexual, sobre todo en políticas internas para la inclusión de personas GLBTI, viene dada por el artículo 3 emitido por el Municipio metropolitano de la ciudad de Quito, en donde se expresa lo siguiente:

La Municipalidad del Distrito Metropolitano de Quito diseñará e implementará programas de sensibilización y atención destinados a contrarrestar el estigma y la discriminación por orientación sexual y disminución de la homofobia, con la participación de los grupos organizados de gays, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersex GLBT y otras organizaciones de la sociedad civil (Guayasamín 2010, 4).

Asimismo, dentro estas ordenanzas se establecen varios mecanismos y medidas para luchar contra la discriminación hacia las personas GLBTI. En salud por ejemplo se establece el apoyo psicológico y diferentes acciones para implementar programas de salud inclusivos.

Las personas que requieran apoyo psicológico, ya sea para el proceso de revelación de su identidad, empoderamiento o superación de problemas emocionales relacionados a discriminación o conflictos por su identidad de género u orientación sexual, podrán recibirla en los centros de atención de salud municipal que deberán trabajar conjuntamente con otras instituciones para facilitar el apoyo y guía y seguimiento. Fundamentados en la Ordenanza de Salud No. 494 la cual dispone la organización y articulación de las Acciones de Salud de competencia del municipio del Distrito Metropolitano de Quito, la Secretaría encargada de la salud en el Distrito desarrollará protocolos y guías de atención de salud para personas LGBTI

con programas de seguimiento, monitoreo e investigación en atención de salud y cambios en calidad de vida de personas así como acceso a la salud para todas las personas del DMQ.¹⁵

De lo investigado en los tres hospitales públicos de Quito, Manta y Portoviejo se deduce que existe la tendencia de intervenir quirúrgicamente a las personas intersexuales, a pesar de no existir protocolos médicos o guías de intervención o atención hacia éstas personas. Salvo por contadas excepciones, estas personas no se operaban, crecían y descubrían su condición por casualidad en la adultez. Pero, generalmente estos nacimientos son y continúan siendo considerados emergencias pediátricas a quienes urgentemente “se debe asignar un sexo” (Quiroz 2011, 29). Asimismo, después de la/s cirugía/as, una o dos dependiendo del criterio médico, se indica que la persona intersexual debe seguir un tratamiento hormonal, “a fin de lograr un aumento transitorio del tamaño pene”, en el caso de que se haya asignado sexo masculino (Quiroz 2011, 22). Estos tratamientos quirúrgicos y hormonales muchas veces se practicaban sin el consentimiento de los padres, ya que era el, la médico/a quién decidía por ellos.

Un ejemplo de lo expuesto se encuentra en la sentencia administrativa del caso judicial de Asley, en contra del médico que lo operó (persona intersexual que fue asignado sexo masculino hace 15 años). El doctor sin consultar a los padres decidió asignar sexo masculino a Asley, interviniendo su cuerpo por dos ocasiones, a pesar de que su cariotipo era XX (cromosomas femeninos). “En mi opinión profesional, la asignación de sexo masculino de Asley, al momento quirúrgico era la mejor opción”¹⁶ El médico fundamenta su decisión en su saber científico, en “los títulos profesionales adquiridos, en los cargos públicos desempeñados” (Sentencia MSP 056-2015). Además, en la audiencia el doctor manifestó que los padres nunca se “quejaron” de esta decisión; “si alguien notó que no era niño porque no me dijeron”. Este caso finaliza con la sentencia emitida en enero del año 2016, en la que se sanciona al médico y “se lo acusa de imprudencia en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible” (Sentencia MSP-056, 2014). Este caso judicial ilustra cómo se procedía anteriormente con los nacimientos intersexuales en los hospitales públicos del país.

¹⁵ Consejo Metropolitano de la ciudad de Quito. [http://www.quitogay.net/Ordenanza\(1\).pdf](http://www.quitogay.net/Ordenanza(1).pdf)

¹⁶ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Fragmento de la defensa del médico en la sentencia (056-2014) en su contra, porque asignar sin consentimiento alguno, sexo masculino a Asley, quién a los 15 años por una menstruación interna “descubre” su condición intersexual. Los padres al realizarle diferentes análisis médicos se dan cuenta que tiene útero y cromosomas XX. Inmediatamente piden explicación al médico que le intervino cuando era bebé, aparentemente de un problema en la uretra, pero este aduce que de acuerdo a su criterio era lo mejor para su hijo.

El caso de Asley es emblemático para las personas intersexuales en Ecuador. Es la primera vez que un órgano administrativo sanciona este tipo de actos, que anteriormente no se denunciaban, por varios motivos; vergüenza, desconocimiento etc. A su vez, con este caso inician a desplegarse varias acciones por parte de la institucionalidad pública del país. Sobre todo en el Ministerio de Salud de la ciudad de Quito, se conforman instituciones encargadas de ayudar a los/las intersexuales. Una de éstas es el departamento de Derechos Humanos y Género, que tiene entre sus funciones principales brindar ayuda de manera integral con adecuado tratamiento que deben recibir las personas con esta condición, sobre todo con aquellas personas cuyas asignaciones sexuales hayan sido erróneas.

Existen muchas cuestiones por resolver en las instituciones públicas del país con respecto a la atención hacia las personas intersexuales. Sobre todo, por lo complejo que resulta dar una solución médica y legal definitiva. Asignar un sexo a través de la intervención quirúrgica no es una solución, al parecer esto violenta el cuerpo de los intersexuales, cuyas consecuencias a futuro son muy dolorosas, y además irreversibles. En cambio si no se interviene su cuerpo ¿Qué ocurre con esa persona? Tendrá que acoplarse a un sistema tan rígido y estricto de binarios o tendrá la libertad de no establecerse ni como hombre ni como mujer, cosa que ha ocurrido también.

5. ¿Qué se hace en otros países?

Actualmente existen algunos países que empiezan a incluir en sus agendas políticas diferentes mecanismos legales¹⁷ para evitar la discriminación de las personas intersexuales. Alemania, Malta, Australia, Indonesia y dentro de la región Chile, Colombia y Argentina han optado por incluir en su ordenamiento jurídico leyes que promuevan el respeto a la autonomía de los cuerpos intersexuales, sancionando a los procedimientos médicos y cirugías “normalizadoras” y cosméticas que no cuenten con el consentimiento informado de estas personas.

En este orden de ideas, Colombia es el primer país en la región en adherir en su Constitución el consentimiento informado del recién nacido intersexual. Esto quiere decir, que cuando nace un bebé intersexual, los médicos o los padres del menor no pueden decidir sobre su identidad sexual; tampoco pueden decidir sobre posibles cirugías para adecuar sus genitales de acuerdo

¹⁷ Organización intersexual australiana. Políticas en los documentos de identidad: <https://oii.org.au/24175/revised-policy-on-identification-documents/> Consulta 23 de julio de 2016.

al paradigma de lo masculino o femenino. La Corte Constitucional colombiana así lo expresa en la sentencia T-1025/02.¹⁸

Otro país que ha dado un paso adelante en cuanto al respeto y reconocimiento de los intersexuales es Chile. El Ministerio de Salud Pública de ese país en el año 2015, emitió instrucciones a nivel nacional para que se detengan las intervenciones médicas normalizadoras en bebés y niños/as intersexuales. Para muchos activistas intersexuales esta es una primicia mundial “ya que es la primera vez que un Ministerio de Salud ha demostrado liderazgo en dar un paso de este tipo, sin una legislación, o una acción legal” (Norman 2016). En estas instrucciones se advierte a los médicos detener las “cirugías genitales irreversibles en recién nacidos intersexuales hasta que tengan la edad suficiente para decidir sobre sus cuerpos”. En cuanto a la asignación del sexo civil, este se lo hará “en función de las mejores expectativas”.¹⁹ Para determinar el sexo civil del recién nacido, o menor intersexual, se llegará a un consenso a través de un análisis médico e interdisciplinar, realizado con antelación, pero sin operar o mutilar el cuerpo con cirugías normalizadoras estéticas que buscan convertir la ambigüedad en diferencia sexual y de género.

En Argentina se formuló recientemente la Ley de identidad de género²⁰. Esta regulación es una de las más innovadoras y progresistas a nivel mundial en lo concerniente al reconocimiento de la identidad de género y tratamientos gratuitos de afirmación de género. Esto quiere decir, que esta ley permite a las personas intersexuales y transgéneros deslindar la biología de la identidad de género percibida. En palabras del activista y académico Cabral (2012), esta ley pretende el reconocimiento integral de la identidad de género. Se respeta la decisión subjetiva de adaptar el cuerpo a la identidad de género percibida, por primera vez se respeta en su totalidad la autonomía de las personas de identificarse sin la coherencia género-cuerpo-deseo. Esto significa que son las propias personas quienes decidirán su propio género, identidad y deseo sexual desprovistos de exámenes psicológicos que validen su elección.

¹⁸ En caso de operaciones invasivas, es procedente darle prevalencia al 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. No obstante, el citado mandato admite excepciones, tal como lo estableció la doctrina de esta corporación en Sentencia SU-337 de 1999 y subsiguientes, en las que concluyó que el permiso paterno era válido en menores de cinco años siempre que se tratara de un consentimiento informado, cualificado y persistente, cuya responsabilidad se adjudicó al grupo interdisciplinario de médicos, cirujanos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que cuiden y velen por la salud del menor (Corte Constitucional colombiana, sentencia T-1025/02).

¹⁹ Ministerio de Salud Pública de Chile, circular número dieciocho, emitido el 22 de diciembre de 2015.

²⁰ Esta ley argentina es un espejo jurídico con el cual tendrá que lidiar incluso la propia Organización Mundial de la Salud, que ya está revisando la clasificación internacional de las enfermedades. Esta sanción sienta un precedente enorme para que no se pida, como en varios países se hace, el aval de un diagnóstico psiquiátrico para poder realizar el cambio de identidad de género en las personas transgénero.

En este sentido, a continuación se citan algunos derechos de los principios de Yogyakarta con respecto al reconocimiento de derechos humanos-bioéticos hacia las personas intersexuales, donde también se aprobó que el 26 de octubre como día mundial de la intersexualidad.

El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica especialmente para que cada persona intersex reconozca la identidad de género con que mejor se identifique sin que se le impongan cirugías con fines de ajustarles a un prejuicio de cuerpo genéricamente normado de tal forma que los procesos de rectificación de identidad sexo genérica sean meros trámites administrativos que no representen costes burocráticos ni exigencias médicas más que la propia auto-adscrición de la persona intersex así como el apoyo social a partir de programas focalizados para quienes se encuentren en estos casos;

Protección contra abusos médicos y prácticas médicas dañinas como los procedimientos quirúrgicos genitales y los tratamientos hormonales sin consentimiento y desde temprana edad y atemorizando con prejuicios de género a los padres y madres para facilitar la autorización de tal forma que se evite la alteración irreversible de un cuerpo inter para imponerle una identidad de género sin conocimiento libre, pleno e informado.

El derecho a la libertad de opinión y expresión para que la persona intersex elija libremente la expresión de su identidad, su apariencia, su comportamiento, sus características corporales, entre otras sin estereotipos de género así como la búsqueda e intercambio de información concernientes a sus derechos; el derecho a la libertad de reunión y de asociación pacífica para que puedan reunirse y defenderse sobre asuntos concernientes a sus derechos así como trabajar con las autoridades para erradicar prejuicios y estereotipos relacionados hacia las personas intersex; entre otros.²¹

Conclusiones preliminares

En este capítulo se ha evidenciado que la intersexualidad es un tema desconocido para la mayoría de personas en el país, incluso dentro de la institucionalidad ecuatoriana es un tema que inicia a desarrollarse dentro del Ministerio de Salud Pública. Una de las mayores dificultades que se presenta es la desinformación y el estigma social que se tiene respecto al tema. Confundida muchas veces con la homosexualidad, es un tema que continúa siendo invisibilizado en el país, incluso dentro de los propios movimientos de diversidad sexual GLBTI.

²¹ Campaña de la Organización de las Naciones Unidas por el día de la visibilidad Intersexual. Derechos Humanos, Ideas Sueltas, día de la visibilidad intersexual <https://beckgza.wordpress.com/2016/10/26/26-de-octubre-dia-internacional-de-la-visibilizacion-intersexual/> Consulta Octubre de 2016

En los hospitales en donde se realizó la investigación no hay una guía o protocolo médico para la atención a las personas intersexuales. Como se indicó anteriormente, existe un consenso en los tres hospitales públicos de intervenir quirúrgicamente a los bebés intersexuales asignándoles un sexo género, por ser considerados emergencias pediátricas. Además, es común que se encasillen dentro de la identidad civil hombre-mujer, ya que el sistema jurídico, a través de las leyes, niega la multiplicidad de variaciones sexuales, imponiendo la heterosexualidad a través del bisturí (García 2015).

En el país los nacimientos de personas intersexuales son muy frecuentes, a pesar de ello, se sigue manteniendo la concepción patológica de que la intersexualidad es una enfermedad. Como se ha visto la normalidad per se no existe, es producto de un dato estadístico regido por la ley de las mayorías. En consecuencia, como los nacimientos de personas intersexuales son minoritarios en relación a los nacimientos de niñas y niños se consideran “anormales”.

No existe ninguna ley específica, tratado o reglamentación interna que haga referencia a la protección de derechos de las personas intersexuales dentro del país. Actualmente el Ministerio de Salud a través del Departamento de Derechos Humanos y Género, está ejecutando diferentes acciones para ayudar a las personas intersexuales que tienen problemas con sus corporalidades e identidades. Caso contrario a esto ocurre en otros países tan cercanos como Colombia, en donde existe un reconocimiento legal y expreso al derecho del consentimiento informado que deben tener los/as intersexuales para que no se intervenga su cuerpo por motivos estéticos, además se establece el respeto por la identidad de sexo y de género que escojan estas personas.

Capítulo 3

La intersexualidad en el discurso y la práctica médica y jurídica

Introducción

A partir del trabajo de campo realizado en instituciones públicas de Quito, Portoviejo y Manta, el objetivo de este capítulo es analizar los discursos y las prácticas médicas y jurídicas en torno a la intersexualidad en Ecuador. Se mostrará que los discursos institucionalizados se basan en concepciones dicotómicas de sexo y género que califican a las personas intersexuales como “enfermas” y “anormales”, o como un “problema social”.

Para lo/as médico/as, la “anormalidad” en el sexo biológico se convierte en un impedimento para definir si una persona es hombre o mujer. De hecho, los recién nacidos intersexuales son considerados por especialistas de los tres hospitales públicos como “emergencias médicas y pediátricas”. Estas consideraciones que justifican la intervención quirúrgica para asignar un sexo y un género claro y definitivo a las personas intersexuales, inmediatamente después del nacimiento. Se mostrará más adelante que la connotación de “emergencia médica y pediátrica” pocas veces se da por cuestiones relacionadas con problemas de salud. Al contrario, más bien responde a necesidades y exigencias sociales, legales y culturales de encajar a las personas intersexuales en las categorías hegemónicas hombre-mujer y de esta manera mantener ajustarse al orden binario configurado por la *Matriz Heteronormativa*.

1. La “verdad” y el “saber médico”

1.1. La intersexualidad como una “enfermedad” sin problemas de salud

La intersexualidad es entendida por la mayoría de los especialistas entrevistados/as como trastorno, enfermedad, como un conjunto de “patologías” que causaría “afectaciones”, “anomalías”, “deformaciones” en el cuerpo de las personas. Estas se asocian a un desequilibrio en el “normal” desarrollo genético, hormonal o genital durante el proceso de gestación. Estos “desequilibrios” causarían que una persona nazca con genitales “ambiguos”, o que en la edad adulta no desarrolle caracteres sexuales secundarios y tenga una corporalidad “dudosa” y de difícil interpretación, que no calce nítidamente en los conceptos de hombre o mujer.

En este sentido la intersexualidad ha tenido diferentes denominaciones médicas como hermafroditismo, pseudohermafroditismo, ambigüedad sexual, y recientemente trastornos del desarrollo sexual. Según explica Jaime (2016), doctor genetista del hospital de Portoviejo, la

denominación más usual a estos nacimientos era con la categoría de “genitales ambiguos”.²² Sin embargo, en la actualidad ya no se puede referir a estos “pacientes” con esta categoría, pues “es un insulto para el paciente portador de este trastorno”. De modo que por protección ética, médica y legal, los especialistas denominan a estas personas como “DSD” o “pacientitos con trastornos del desarrollo sexual”.²³

Yo te recomiendo que lo abordes como trastornos de la diferenciación sexual, porque internacionalmente y médicamente se lo conoce así. Intersexual es más una connotación social por un movimiento de lucha, pero nosotros médicamente lo abordamos como trastornos de la diferenciación sexual porque es un saco muy amplio donde hay múltiples patologías. El sexo ambiguo, hermafroditismo, pseudohermafrodita eran una categorías utilizadas por la medicina que tienen una carga peyorativa y estigmatizante muy fuerte para las personas que llevan esta condición. Esto tiene que ver más con la etiología, se cambió la nominación de sexo ambiguo a Trastornos de la diferenciación sexual, porque se extiende la comprensión de los términos.²⁴

La connotación de Trastornos de la diferenciación sexual es un término que emerge en el año 2005 producto del Consenso realizado en la ciudad de Chicago. Allí se reunieron un grupo de urólogos/as, genetistas, endocrinólogos/as, abogados/as e incluso activistas intersexuales. Este documento tiene como objetivo “revisar las etiologías, las estrategias diagnósticas, la asignación del sexo y las decisiones terapéuticas más comunes que deben enfrentar los médicos” (Guercio y Costanzo 2010, 3). Sin embargo, el cambio de nominación de ambigüedad sexual a trastornos del desarrollo sexual mantiene la concepción de que la intersexualidad es una “anomalía”, un “desorden” o “alteración” al normal desarrollo de la diferencia sexual.

¿Pero cuál es la diferencia entre enfermedad y trastorno? Lo/as especialistas entrevistado/as respondieron lo siguiente: “una enfermedad es cualquier condición que vaya en contra del bienestar físico o psicológico de la persona”, mientras que el trastorno es una condición que puede convertirse en una enfermedad, pero no necesariamente lo es”.²⁵ Estos conceptos no guardan una relación directa con la intersexualidad. De manera más general, la concepción de trastorno está relacionada con la idea de un cuerpo que no es “normal”, no funciona adecuadamente ni calza nítidamente en las comprensiones sociales de sexo-género-deseo-prácticas sexuales ligadas a la *heteronormatividad*. La enfermedad iría más ligada a la idea de

²² Entrevista personal, Genetista Jaime, Portoviejo mayo de 2016

²³ Entrevista personal en radio FLACSO, Genetista Freddy, mayo de 2015.

²⁴ Entrevista personal, Genetista Freddy, Portoviejo abril de 2016.

²⁵ Entrevista personal, Genetista Johana, Manta 19 de mayo de 2016

afecciones que atenten en contra de la salud. Sin embargo, lo curioso es que la intersexualidad muy pocas veces causa problemas de salud.

1.2. Variación y “problema social”

Un hallazgo importante en el Hospital Público Verdi Cevallos de la ciudad de Portoviejo, es la concepción del genetista entrevistado que va en contra del concepto médico hegemónico que califica a las personas intersexuales de “enfermas” y “anormales”. Freddy (2016) reconoce que la intersexualidad es una forma “distinta” de “correspondencia” entre los diferentes modos de adquirir un cuerpo sexuado.²⁶

Yo pienso que existen dos sexos porque de alguna manera lo social determinó la parte médica. La sociedad te dice lo que es normal o natural y lo que es anormal o antinatural. En este sentido, lo normal es que existan hombres y mujeres y lo anormal es que existan personas que están en el medio de ambos (los intersexuales). Como te repito estas reglas del juego no son fijadas por la medicina, sino por la sociedad.

Esto demuestra que los discursos y las nociones respecto a la intersexualidad no son homogéneos, al contrario son diversos y muestran las tensiones existentes entre las comprensiones científicas y las concepciones sociales y culturales de la sexualidad humana. En los hospitales de Quito y Manta los y las médicos/as tienden a repetir el discurso hegemónico (Money 1972) que patologiza a la intersexualidad calificándola de “anomalía” “alteración”, “disfunción”, “error” que se presenta tanto el sexo interno como externo. Además, usan el calificativo “pacientes” portadores de trastornos de desarrollo sexual para referirse a los/as intersexuales e insisten que el único tratamiento es la intervención hormonal y quirúrgica para poder “curar” (normalizar) su cuerpo y por ende su identidad de sexo y género.

En Portoviejo, el genetista entrevistado desmiente este calificativo diciendo que la intersexualidad no es una enfermedad y la conceptualiza con un término más neutral: “no correspondencia”. El doctor manifestó que el medio social es el que ha determinado la creencia que sólo hay dos sexos y que por lo tanto la intersexualidad se considera un “trastorno”. Asimismo, es importante resaltar que el médico no se aleja del todo al considerar a las personas intersexuales “pacientes”, pues entiende que resulta necesaria la intervención quirúrgica para que puedan encajar dentro del orden social binario establecido.

²⁶ Entrevista personal, Genetista Freddy, Portoviejo 14 de abril de 2016

Hay que tener en cuenta que la intersexualidad es un problema social y (...) según la sociedad no es normal. Es más una connotación social, porque un hombre con micro pene no va a sentirse realizado como tal al no satisfacer sexualmente a su esposa, en su mente siempre va a estar el ¿Qué dirán mis amistades? ¿Qué dirá la sociedad? Mi esposa me dejará.²⁷

Estas concepciones y connotaciones médicas de la intersexualidad son el reflejo de la organización social. Se vive en un mundo de binarios en donde diariamente las personas se enfrentan a decidir a qué baño se debe ir, en que fila se debe votar, qué color de ropa usar, qué deportes se deben realizar. En otras palabras, existe un orden de género (inteligibilidad) por el cual las personas se organizan y muchas veces transgredir el modelo *heteronormativo* resulta “peligroso” por la presión y las sanciones sociales. Las personas que no se ajustan a esta concepción son excluidas al no cumplir con la expectativa social de tener un cuerpo que funcionalmente responda a la reproducción de la especie.

Todo esto evidencia la construcción social de sexo y de género que se hace sobre los cuerpos. La necesidad médica de intervenir se ajusta a la necesidad social de mantener el orden establecido a partir de esta construcción médica y científica.

1.3. El desarrollo “normal” de los dos sexos

Para la mayoría de los médicos/as y especialistas entrevistados/as la humanidad está dividida en dos; hombres y mujeres. Consideran que el desarrollo “normal” del cuerpo inicia en el momento de la fecundación. De acuerdo al doctor genetista Jacinto (2016), la que hace que la corporalidad adquiera una forma masculina o femenina está dado por los cromosomas²⁸; 46 XX para la mujer y 46XY para el hombre.²⁹ Esta es la primera diferenciación sexual y posteriormente los cromosomas guiarán a las hormonas para que a los 68 días de gestación en el vientre materno se formen los órganos sexuales internos y externos, ovarios testículos pene y vagina.

De acuerdo a las concepciones médicas, el sexo se define mediante un proceso que desencadena una multiplicidad de acciones en el organismo desde el nacimiento hasta la edad

²⁷Entrevista personal, Genetista Freddy, Portoviejo 14 de abril de 2016

²⁸ Desde el momento de la concepción, mujeres y hombres procedemos de embriones con las mismas estructuras anatómicas. Pero, los cromosomas van a ser los responsables directos de la conformación y diferenciación de los genitales, comenzando a formar las gónadas, o testículos en el hombre, y mediante la correcta función de las diferentes células, se empieza a producir la testosterona, que es la hormona de la “masculinidad”, y los espermatozoides; la articulación de estos dos elementos nos dará como resultado un cuerpo “normal” de un hombre. Pasada la quinta semana de gestación, en el día 68 se producen descargas considerables de testosterona que hacen que se formen todos los órganos genitales internos y externos.

²⁹Entrevista personal, Genetista Jacinto, Quito mayo de 2016

adulta. Para los médicos, un “correcto” y “normal” desarrollo del cuerpo sexuado en el nacimiento, es cuando existe una “correspondencia” (entiéndase coherencia), entre los factores genéticos, hormonales y genitales. Los y las entrevistados/as estuvieron de acuerdo en decir que este proceso biológico obedece a un efecto “cascada”, en donde los genes juegan un papel primordial para la formación y desarrollo “normal” del cuerpo sexuado.

Dicho de esta manera, la división “natural” de los seres humanos respondería a la diferencia sexual enmarcada dentro de la dicotomía sexo y género. Cualquier desajuste o desvío en la ruta de este proceso dará como resultado que un cuerpo que tenga cualquier variación sexual se le identifique como intersexual.

1.4. Los discursos y nociones legales de la intersexualidad

Para que una persona en Ecuador sea considerada como tal, jurídicamente debe haber cumplido con al menos tres requisitos: nacer, mostrar algún signo de vida y tener una categoría humana; ser clara y distinguiblemente hombre o mujer. El último requisito niega la posibilidad de ser persona a aquellos sujetos que no encajen dentro del marco normativo binario de género y de sexo (García 2015). En otras palabras, la consideración de persona (humano) se derivará de su condición de ciudadanía o ciudadano/a, parte integrante de una comunidad nacional y estatal y por tanto titular de derechos.

En este sentido, el sexo no es solo una categoría biológica, también es una categoría legal y constitucionalmente reconocida por el Estado. Es en base a esta categoría que todas las leyes, reglamentos, estatutos, así como códigos; civiles, penales y laborales han sido creados, haciendo alusión al reconocimiento de la dicotomía sexual. De hecho, en la Ley Orgánica de Identidad y Datos Civiles³⁰, está escrito que las palabras por las cuales se reconoce a lo humano están determinadas por las categorías hombre y mujer. Las categorías hombre/mujer, niño/niña, anciano/anciana, son un impedimento legal establecido en la Constitución y demás leyes ecuatorianas, para el reconocimiento y protección estatal a las personas intersexuales. Son por todas estas razones que la intervención quirúrgica es la única manera posible para que las personas intersexuales alcancen el estatus de ciudadanía, y al mismo tiempo adquieran una connotación humana, pero sobre todo legal.

³⁰ Ley Orgánica de gestión de la identidad y datos civiles Las palabras hombre, persona, niño, adulto, adolescente, anciano y otras semejantes, que en su sentido general se aplican a individuos de la especie humana, se entenderán comprender a ambos sexos en las disposiciones de las leyes, a menos que, por la naturaleza de la disposición o el contexto, se limiten manifiestamente a uno solo. Por el contrario, las palabras mujer, niña, viuda y otras semejantes, que designan el sexo femenino, no se aplicarán al otro sexo, a menos que la ley las extienda a él expresamente. El resaltado es mío.

Así como en el ámbito médico no existe ningún protocolo estandarizado para la atención a las personas intersexuales, en el Registro Civil tampoco se cuenta con un reglamento o estatuto que determine de qué manera deben proceder los funcionarios con la inscripción de estas personas. De acuerdo a los entrevistados a los recién nacidos “hermafroditas” en el registro, en la base de datos o en el formulario de nacido vivo se mantiene pendiente, por lo general ante casos de mucha “confusión”.

Hace unos cuatro años tuvimos el caso de un bebé que no se sabía que sexo era, o sea un hermafrodita, lo que se hizo fue no inscribirlo y atrasar su inscripción hasta que los médicos decidieran qué sexo era. Sus padres se fueron a su lugar de residencia en el campo, y regresaron al siguiente mes. Entonces, el médico avisó que su bebé es niña, por lo que se le inscribió como tal. Esa inscripción se realizó como tardía.³¹

2. Las prácticas médicas y jurídicas en torno a la intersexualidad en el país

Hace solo dos años atrás, en la mayoría de hospitales públicos del país la decisión de si un bebé con “genitales ambiguos” iba a ser un niño o niña dependía del saber-poder médico, facultado “en los títulos obtenidos y en experticia profesional adquirida”.³² El médico sabía lo que era mejor para el recién nacido y por ello intervenía quirúrgicamente con la justificación de que “es lo mejor para su hijo/a” (Sentencia 056-2014).

Esta decisión, se tomaba sin el consentimiento de los padres del recién nacido intersexual. Ante esta situación eran “huérfanos”, es decir, dependían del criterio de cada médico, muchas veces sin contar con el consentimiento informado de los progenitores del bebé intersexual. Además, la operación se realizaba sin realizar pruebas hormonales, genéticas y ultrasonidos para determinar la veracidad de la designación sexo-genérica del médico/a.

Anteriormente estas enfermedades eran huérfanas, se las trataban en dependencia del criterio del médico. Cuando nacía un niño con genitales ambiguos, lo operaban en dependencia al sexo que más normal parecía. Por ejemplo, si tenían una vagina con un clítoris grande, quitaban el exceso y reconstruían la vagina. Toda esta intervención sin ningún análisis de laboratorio (genético, hormonal, radiografías). No existía ningún protocolo, las intervenciones dependían del criterio personal del médico (...) Salvo en el caso de que los padres sean de recursos

³¹ Entrevista personal, Rocío, funcionaria del Registro Civil, Manta mayo de 2016 Manta

³² Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Fragmento de la defensa del médico en la sentencia (056-2014) en su contra, porque asignar sin consentimiento alguno, sexo masculino a Asley, quién a los 15 años por una menstruación interna “descubre” su condición intersexual. Los padres al realizarle diferentes análisis médicos se dan cuenta que tiene útero y cromosomas XX. Inmediatamente piden explicación al médico que le intervino cuando era bebé, aparentemente de un problema en la uretra, pero este aduce que de acuerdo a su criterio era lo mejor para su hijo.

económicos y que llevaban a su hijo a una clínica privada para que lo atendiera debidamente un urólogo, un genetista o un pediatra. En esos casos el tratamiento era diferente, porque los padres podían costear el tratamiento diferenciado. En los hospitales públicos la gente de clase media para abajo no podía costearse esos exámenes.³³

Aunque actualmente en los hospitales públicos de Quito, Portoviejo y Manta no existe un protocolo médico estandarizado para la atención a personas intersexuales, como se dijo en el capítulo anterior, lo que se hace usualmente con estas personas es realizar los diferentes procedimientos con el consentimiento de los padres. Sin embargo, esto no siempre se realiza, sobre todo en hospitales ubicados en áreas rurales, ya que no existe el equipo médico, radiológico y de laboratorio necesario, como en los hospitales de las ciudades o llamados de primer nivel.

En los denominados hospitales públicos de tercer nivel (cuentan con especialistas todo el tiempo e infraestructura física necesaria y a toda hora) como el Hospital Baca Ortiz, las prácticas que generalmente se realizan en este tipo de nacimientos van encaminadas a establecer el sexo de los recién nacidos intersexuales, a través de pruebas genéticas, hormonales, ultrasonido, rayos x, pruebas sanguíneas. El examen genético es el que supuestamente definiría el sexo de las personas intersexuales (esto no es así, como se indica más adelante, son el tamaño y la forma de los genitales internos y externos los que definen el sexo). A pesar de lo importante que médicamente es este examen, tarda varios días, incluso meses en llegar desde las ciudades de Quito y Guayaquil hacia los hospitales de provincias. Además, es un examen muy costoso para ser financiado por los padres de los bebés intersexuales que reciben atención en los hospitales públicos y en la mayoría de éstos no se cuentan con laboratorios genéticos para hacerlos de manera gratuita y oportuna.

Asimismo, en los hospitales rurales y a veces en algunos hospitales de segundo nivel, como los hospitales Rodríguez Zambrano y Verdi Cevallos, que no cuentan con la tecnología y los/as especialistas para llevar a cabo estas prácticas, lo que se realiza muchas veces es asignar el sexo del bebé de acuerdo al criterio del médico/a incluso muchas veces, como ya se dijo, sin el consentimiento de los padres.

Generalmente la asignación de sexo en los hospitales públicos se deja a criterio de los padres pero, guiados por las “orientaciones” del médico quién aconseja cuál sería el sexo más

³³ Entrevista personal, Genetista Freddy, Portoviejo 14 de abril de 2016.

“lógico” que debe tener su hijo/a. En otras ocasiones “se les informa a los padres lo ocurrido con su bebé (...) dejando que ellos decidan [no permitimos], sin que tomen una decisión descabellada que vaya en contra del bienestar social del niño”.³⁴

Por lo tanto, las prácticas médicas realizadas en los bebés intersexuales tienen como única finalidad la asignación de un sexo-género. Su objetivo principal es que los órganos genitales se asemejen de la mejor manera posible a los estándares estéticamente impuestos de la masculinidad y feminidad hegemónica, por ejemplo; para asignar un sexo los médicos toman en cuenta la forma y tamaño de los genitales. De esta manera, se considera un “producto” femenino si tiene un clítoris “menor a dos centímetros y mayor a siete milímetros y es estéticamente bien formado”. Además, se considera un “producto” masculino si tiene “un pene mayor a tres centímetros con dos testículos”.³⁵

Un ejemplo que ilustra de mejor manera lo expuesto, se desprende de una de las preguntas realizadas a los entrevistados/as respecto con la definición sexual de un bebé que nació hace unos meses en Manabí. Tenía órganos internos femeninos, útero y ovarios, se desconocía su genotipo y sus genitales eran “ambiguos”. Entonces, la interrogante fue ¿Cuál era el sexo de ese bebé? El médico respondió; ese bebé es una niña, “esa niña podría ser madre”, y “convertirlo en hombre sería un error que lo hará infeliz, no va a sentirse realizado como hombre por tener un pene pequeño”.³⁶

En este sentido, las prácticas médicas reproducen acríticamente las valoraciones de género culturales vigentes (Maffía y Cabral 2003), al considerar que unos genitales claramente distinguibles y correctos en tamaño y forma son necesarios para la constitución misma de la identidad sexual y para la reproducción sexual de la especie. La masculinidad, por ejemplo, se asocia con un tamaño de pene que garantice la “virilidad” y la capacidad de penetrar de los

³⁴ Entrevista personal, Héctor, Genetista, Portoviejo, abril de 2016. Este especialista manifestó además que realizado el diagnóstico, identificando la causa, estamos los doctores obligados a citar a los padres y explicarles detalladamente lo que ha ocurrido con el niño y explicarles el tratamiento y el porqué del mismo. Este consentimiento informado que firman los padres debe ser no directivo es decir, que no se puede inducir a la respuesta a los padres del menor. Simplemente se le presentan los hechos tal cual pasaron, ellos sean los que decidan y tampoco dejándoles tomar una decisión descabellada que vaya en contra del bienestar social del niño; se debe frenar esta decisión.

³⁵ Entrevista persona, Luisa endocrinóloga, Manta, abril del 2016. Según la especialista se considera que todo genital masculino menos a 2 cm podría ser considerado micropene, y que debería ameritar un estudio más profundo. Así mismo si una paciente presenta un clítoris mayor de 7 milímetros y si eso viene acompañado con labios mayores escrotalizados, podría ser considerado como un “producto” masculino con micropene. Entonces, depende de la magnitud del “problema” (...) la presencia o ausencia de testículos, la escrotalización de los labios mayores, la presencia de un micropene o de una clitoromegalia, la conformación y la ubicación de la uretra y las estructuras genitales.

³⁶ Entrevista personal, Héctor, Genetista, Portoviejo, abril de 2016.

hombres. La feminidad se entiende como ser capaz de mantener un coito vaginal y engendrar. Es otras palabras, “la cirugía pretende acomodar performativamente los genitales externos del bebé a las expectativas sobre cómo desarrollar su género en condiciones de normalidad” (García 2015, 58). No solamente son los criterios científicos, médicos o de salud física los que priman a la hora de buscar intervenir quirúrgicamente a un bebe intersexual, sino, son los criterios sociales, marcados por una serie de estereotipos de género.

Además de toda la intervención quirúrgica, son los padres los que deben complementar el proceso de asignación sexual cimentando la identidad de género asignada. Esto se consigue, según los profesionales entrevistado/as, a través de la educación en género que los padres ofrecen. En otras palabras, el “éxito” de las intervenciones quirúrgicas en bebés intersexuales depende de varios métodos de crianza como; la ropa, los juguetes, los comportamientos propios de cada sexo, actitudes, enseñarles a ocupar el baño, alentar determinadas conductas. En los hombres socialmente se ha impuesto que se ha de, exaltar la virilidad, el heroísmo y sancionar la delicadeza y sensibilidad. Finalmente, todo el procedimiento social y quirúrgico deberá considerarse un secreto entre el médico y los padres, asegurándose que su hijo/a jamás conocerá lo ocurrido.

Al mismo tiempo, las prácticas jurídicas “resuelven” -en muy pocas ocasiones- el dilema de la inscripción civil de los nacimientos de bebés intersexuales dejando sin establecer el sexo del bebé en el formulario de nacido vivo. Esto trae consigo otro tipo de consecuencias como multas por no inscribir a los recién nacidos en tiempo, falta de atención en centros de salud, y no poder inscribir a estas personas en las escuelas, etc.

Pero, lo que ocurre generalmente es que debe buscarse una “solución” a este conflicto de identidad hasta antes de los tres días (72 horas) después de ocurrido el parto. En este sentido, la intervención médica funciona articuladamente con el dispositivo legal; se regulan los cuerpos de las personas intersexuales a través de “normalizar” y “excluir” la variación natural presente en sus cuerpos. De esta manera el sexo (como categoría biológica) se convierte en una imposición y no en una opción.

Una nueva forma de inscribir en el Registro Civil a estos nacimientos, que va de la mano con las recientes prácticas médicas en el Hospital Baca Ortiz, es no intervenir inmediatamente el cuerpo de los intersexuales. Esta decisión se tomó en el año 2014, a partir del conocimiento

de la sanción administrativa impuesta a un médico que se atribuyó asignar un sexo sin contar con la autorización de los padres.

El caso de Asley fue paradigmático para cambiar las concepciones y procedimientos médicos de la intersexualidad en el país. Se trata de un precedente importante para que el Estado comience a abordar desde otra perspectiva, más inclusiva, a las personas intersexuales. Sobre todo, a los recién nacidos y a las personas adultas que quieren establecerse en otro sexo diferente al asignado al nacer. Sin embargo, esto es algo muy reciente por lo que se hace imposible manifestar que todos los hospitales públicos del país lo están haciendo.

2.1. Los nacimientos intersexuales: entre la emergencia médica y la emergencia legal de asignar un sexo

En los tres hospitales públicos en los que se realizó esta tesis, Baca Ortiz (Quito), Verdi Cevallos (Portoviejo) y Rodríguez Zambrano (Manta), cuando nace una persona intersexual se declara inmediatamente la “emergencia médica”. Como se mencionó anteriormente, esta consideración tiene como único fin asignarle el sexo que corresponda a ese bebé” (Quiroz 2011, 29), a través de la intervención quirúrgica y hormonal. La “emergencia médica” responde a cuestiones legales y psicosociales y no tanto médicas, ya que como se manifestó la intersexualidad no es una enfermedad.

Según las entrevistas realizadas, el procedimiento médico para atender a un bebé intersexual, luego de que se ha declarado la “emergencia médica” y hospitalizado al recién nacido, es informar a los padres de la condición de su hijo/a. Pero cuando padre/madre no cuentan con una respuesta inmediata, son ellos/as los que “presionan” a los médicos/as para que tomen una decisión, en base, supuestamente, de su conocimiento y sabiduría médica:

En este sentido, cuando tú eres médico y viene el papá de un niño a examinarlo, no se le puede decir: señora, su hijo tiene un trastorno de la diferenciación sexual y es normal, ya que esto choca contra los principios sociales, morales religiosos de los padres. Entonces la madre lo ve como algo anormal, y te exigen (obligan), como médico, alguna respuesta o solución inmediata. Por lo general los padres son los que dicen: quiero que mi hijo sea, hombre o mujer pero no un bebé que sea las dos cosas. Los padres exigen una definición, entonces te obliga

como médico a (...) determinar dónde se produjo el problema (...) y actuar médicamente para tratar de llevar a ese niño a la normalidad.³⁷

Asimismo, esta “emergencia médica” de asignar un sexo a los intersexuales antes de los 2 años de edad está fundada en Money (Dreger 1995). Esta edad se considera “la mejor etapa, según los especialistas para evitar problemas psicológicos secundarios a su condición” (Quiroz 2011, 29). Por esta razón la intervención quirúrgica no puede demorar más tiempo, ya que se correría el “riesgo” de que esa persona pueda “enloquecer” al no tener una identidad definida.

Específicamente en Ecuador, si el médico/a que no registró el nacimiento en las categorías de hombre o mujeres será sancionado³⁸ de acuerdo a Ley Orgánica de Gestión de la Identidad Civil y también por la normativa legal interna de cada hospital. Estas sanciones pueden ser administrativas, en cuyo caso el apremio es monetario, incluso pueden ser de tipo penal, y la sanción va desde multas hasta el cese de sus funciones, esto implica que no podrá ejercer su profesión durante un período de tiempo.

Si no opera y asigna el sexo inmediatamente al intersexual, se corre el riesgo de no poder inscribirlo en el Registro Civil. Este registro es lo único que garantiza al bebé su acceso al status de persona, de ciudadano e incluso de humano. Consecuentemente esto le permitirá acceder a derechos como el de salud, educación, vivienda, trabajo, etc.

Por lo tanto, la intervención quirúrgica no es una emergencia que se la tenga que realizar por salvaguardar la vida o la salud física de los recién nacidos intersexuales, en realidad se convierte en una emergencia psicosocial de acuerdo a los presupuestos y concepciones ideológicas, culturales y sociales de mantener un orden legal y de género que inmuniza las categorías sexuales hegemónicas de la masculinidad y feminidad. A su vez garantiza que se mantenga la coherencia heteronormativa entre cuerpo-género y deseo. También se logra que el garantizando bebé tenga acceso pleno al status de persona (Maffía y Cabral 2003). Así se

³⁷ Entrevista personal, Héctor, Genetista, Manta, mayo de 2016. Todo esto es un problema social, nosotros como médicos el trabajo que también tenemos es el de educar a la población para que esta sea un poquito más tolerante y dejar a un lado ciertos prejuicios. A veces estos prejuicios te llevan a tomar una decisión apresurada por la presión social al individuo, muchas veces hay trastornos de la diferenciación sexual en donde el individuo tiene que escoger pero, hay casos que son netamente médicos en donde definitivamente no puede decidir el paciente, sino el médico porque o lo tratas o se muere.

³⁸ Ley Orgánica de Gestión de la identidad y datos civiles. Artículo 19 y 28.- El profesional de la salud que no llene o legalice debidamente el certificado estadístico de nacido vivo estará sujeto a las sanciones contempladas en el ordenamiento jurídico pertinente.

valida la idea de que la única función de la sexualidad es la reproducción de la especie, declarando ilegítimas a otras formas de deseos y prácticas sexuales.

3. Consecuencias y dilemas

La intervención médica y legal a las personas intersexuales genera una serie de dilemas éticos, sociales y legales, así como diferentes consecuencias negativas en el cuerpo de las personas intersexuales. Entre los principales dilemas éticos y legales se pueden mencionar los siguientes: el consentimiento informado en una intervención quirúrgica a una persona intersexual, la libre elección a la identidad y el derecho a la integridad personal (física, psíquica y sexual).

Uno de los mayores dilemas éticos de las intervenciones quirúrgicas en bebés intersexuales es el tema del consentimiento informado y la atención respetuosa y ética que deben recibir estas personas. Como ya se expuso en el capítulo 2, de acuerdo a las denuncias por la mala atención médica (burlas) que reciben las personas intersexuales adultas, es evidente que existe una falta de ética y respeto hacia estos seres humanos. De igual manera, la institucionalidad estatal al no establecer políticas públicas para la atención en salud ayuda a invisibilizarlas y, por ende, a que sean sujetos/as de discriminación.

Como consecuencias legales pueden mencionarse a aquellas que se desprenden de la asignación sexual y están vinculadas a la exclusión de derechos, sobre todo al ejercicio de la libre elección a la identidad sexual. El Ecuador es un Estado definido como laico y constitucional de derechos, esto hace referencia a la capacidad de legitimar una subjetividad que dependerá de la decisión de la persona que acaba de nacer, y no del doctor, ni de los familiares que deciden sobre el sexo y la identidad que acompaña a este.

Un tema que ha sido muy poco tratado y que se desprende de las consecuencias negativas de la intervención quirúrgica en bebés intersexuales, es la insensibilidad en los órganos sexuales, un tema que se ignora frente a la necesidad social de “normalizar” un cuerpo que muchas veces se ve como “monstruoso”.

En las siguientes secciones se explica detalladamente las implicaciones y dilemas éticos-legales de la asignación sexual a los recién nacidos intersexuales.

3.1. Dilemas ético-legales de los procedimientos médicos

Las intervenciones quirúrgicas realizadas para “normalizar” unos genitales o cuerpos “ambiguos” en cuerpos o genitales “normales”, excluyentemente femeninos o masculinos, están justificadas en base a los discursos institucionalizados entre los médicos como correcciones genitales. Lo que muchas veces para la medicina es “patológico”, “desviado” “deforme” y candidato seguro a intervención quirúrgica, para el colectivo de personas intersexuales es una mutilación, violencia, e imposición de un criterio científico generalizado, a través del no reconocimiento legal de sus identidades y corporalidades. “La mutilación es vestida de habilitación y para ello se ello ampara en un sistema jurídico que obliga a las personas a vivir conforme a uno de los dos únicos sexos” (García 2015, 61).

La decisión de “corregir” y transformar esa “patología” en un cuerpo “normal” depende de una serie de permisos por medio de los cuáles, los “pacientes”, los padres, o en su defecto los representantes legales del menor autorizan para proceder a realizar las adaptaciones necesarias para encajar en el casillero hombre o mujer. Esta autorización, para actuar sobre el cuerpo de las personas intersexuales, se denomina consentimiento informado, y de acuerdo a varios médicos hay que entenderlo como el proceso “a través del cual se hace saber al paciente o en su defecto al representante legal, las diferentes pruebas e intervenciones que se vayan a realizar en su cuerpo” (Héctor, 2016).

Esto último podría conectarse con el principio médico-hipocrático de no maleficencia (no dañar), ya que al intervenir en el cuerpo de un bebé de pocos días de nacido se está mutilando, como han insistido vario/as activistas intersexuales.

3.2 El consentimiento informado y los dilemas éticos de la intervención

Las leyes y reglamentos internos de Salud Pública en Ecuador, como la Ley Orgánica de Salud, reconocen expresamente el debido consentimiento informado en todos los procedimientos médicos a realizarse en el sujeto. De hecho la Ley Orgánica de Salud manifiesta lo siguiente respecto al consentimiento informado en su Art. 7.

Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad (...) e) Ser oportunamente informada a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública. (Ley Orgánica de Salud 2013, 23).

A pesar de ello, en los nacimientos intersexuales esta ley no surte efecto jurídico, por dos razones. La primera de estas causas tiene que ver con la edad, pues los bebés intersexuales no pueden expresar su consentimiento porque acaban de nacer para hacerlo. La segunda razón es la consideración de emergencia médica que los doctores/as realizan a estos nacimientos; “en cualquier emergencia médica se podrá realizar cualquier procedimiento médico que esté encaminado a salvaguardar la salud y la vida del paciente sin su consentimiento expreso”.³⁹

Como se dijo anteriormente, la intersexualidad no causa problemas de salud, sin embargo el reglamento de emergenciología que utilizan los médicos/ determina que la declaración de emergencia médica los habilita para realizar intervenciones sin consentimiento de la persona en la cual se va a realizar cualquier procedimiento. Ya que presuntamente se estaría salvaguardando la salud física de este ser humano.

Asimismo, las intervenciones quirúrgicas en las que se asigna un sexo y género a los intersexuales también se justifican para precautelar la salud psíquica de esas personas. En Ecuador, el instrumento jurídico del consentimiento informado no toma en consideración el criterio, o la subjetividad de los recién nacidos intersexuales. En este sentido, es el padre, madre o representante legal, tomando en cuenta la opinión del médico o médicos, quién/es deciden acerca del futuro sexo del recién nacido intersexual. “Los padres son los tutores legales de los recién nacidos intersexuales”.⁴⁰

La noción de consentimiento viene dada por el concepto civil de asentimiento hacia una decisión para afectarse o adquirir un beneficio, ya sean obligaciones o derechos respectivamente. Su calificación ha sido definida por la Corte Constitucional Colombiana, asumiéndolo como un mandato que ordena que se preste, para lo que se tienen en cuenta las implicaciones jurídicas y fácticas que puedan existir en la intervención. Sus respectivas

³⁹ Entrevista personal, Marco, Quito, febrero de 2016.

⁴⁰ El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones. Art. 16.- Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. (Sociedad ecuatoriana de bioética 2016).

consecuencias e implicaciones deben ser claramente conocidas por el paciente para que pueda decidir de manera autónoma (Sánchez, Vásquez y Duque 2011, 208).

En este sentido el principio de autonomía es o debería ser el eje rector de toda práctica médica. De acuerdo a García (2008) el uso correcto de este principio previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia y coerción; además promueve en el médico su autocrítica. Pero, manifiesta García (2008) que su principal propósito es establecer la autonomía del paciente, promover su derecho a la autodeterminación y proteger su condición como un ser humano que se respeta a sí mismo.

En este sentido, la bioética tiene que ver con aquellas prácticas que consideran varios principios legales e incluso hipocráticos, que tratan de que las relaciones entre las personas mejoren su calidad de vida en base a varios principios y derechos. Estos tienen que ver con el adecuado tratamiento que todas las personas deben recibir. Entre los principales puede mencionarse: el principio de autonomía, que está ligado a aquel derecho que tiene cada persona de decidir libremente sobre su vida y su cuerpo sin intervención de terceros, siempre y cuando sus decisiones no proporcionen daño.

El consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía constituyendo un derecho del “paciente” intersexual y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del “enfermo/a” son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente. En este sentido este principio de beneficencia coadyuva al principio de autonomía, ya que trata de promover los legítimos intereses del paciente y trata de eliminar los prejuicios que este último tenga.

La opinión del “paciente” es fundamental dentro del principio y derecho de autonomía, por eso es que el consentimiento informado es la posibilidad de que el “paciente” sepa los procedimientos que realizarán en su cuerpo y al mismo tiempo autorice para que el médico proceda. Sin embargo, lo que ocurre es que como se “supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, es quien decide lo más conveniente para el paciente” (Rico 2012, 3).

El principio de no maleficencia (*Primum non nocere*) es otro que defiende la bioética en torno al cuidado y dignidad del cuerpo. Este se refiere a la abstención intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para

todos, no sólo en el ámbito biomédico, sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada, pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien.

Los principios enunciados están relacionados con el respeto que se deben brindar a las personas intersexuales. Dar un buen trato en su sentido médico tradicional y hegemónico siempre conlleva a la patologización del paciente y además a la intervención quirúrgica.

Los actuales tratamientos de la intersexualidad, así como los protocolos de reasignación de sexo quirúrgico para la transexualidad en Ecuador y en muchos lugares de América Latina están determinados por las concepciones culturales y sociales sobre la normatividad binaria de género y el sexo. De esta manera, lo que se demanda y exige a través del activismo intersexual “es que ese imperativo social deja de ser un imperativo clínico. Así también se exige que la dicotomía sexo genérica no imponga la adecuación de los cuerpos a la dualidad hombre-mujer normativizada de la corporalidad” (Balza 2009, 253).

En todo caso, lo que se trata es de apostar por la variabilidad natural y corporal como una condición humana y no como un trastorno o enfermedad, vislumbrando así “una nueva ética del tratamiento médico que permita la profusión de la ambigüedad, enmarcada en una cultura que ha prescindido de las jerarquías de género” (Fausto-Sterling 2000, 128).

Conclusiones preliminares

Como se ha evidenciado en este capítulo, las concepciones médicas y jurídicas en torno a la intersexualidad se concentran en la conceptualización de “anormalidad”, “desviación” y “trastorno”. En este sentido, la mayoría de los médicos/as y funcionarios/as entrevistados/as mantienen la creencia de que la intersexualidad es una enfermedad cuyo único tratamiento es la intervención quirúrgica y hormonal. Sin embargo, estas concepciones no son homogéneas, existen otras formas de comprender médicamente a la intersexualidad. De hecho, un médico afirmó que no se trata de una enfermedad, sino que más bien se trata de una connotación social. Esto indica que lo “médico-científico” y lo considerado “sano” y “normal” no es una descripción de la realidad, sino más bien una construcción/comprensión/interpretación sociocultural. En otras palabras, la intersexualidad no es un problema médico, sino más bien social.

Las prácticas médico-jurídicas en las personas intersexuales muestran cómo las comprensiones y concepciones dicotómicas de sexo y género se plasman en los cuerpos

intersexuales a través de la intervención quirúrgica, cuya única finalidad es eliminar la “ambigüedad” y convertirla en “normalidad”. De esta manera, se considera emergencia médica al hecho de no poder incorporar los conceptos médico-jurídicos de normalidad a unos cuerpos “confusos” que transgreden las concepciones de “normalidad” y “naturalidad”. Evidentemente, no se considera a la variabilidad sexual de los cuerpos intersexuales como una condición natural y humana, sino que se trata de hacer encajar, a través de un *calzador quirúrgico*, en las categorías médicas hegemónicas de masculinidad y feminidad (Fausto-Sterling 2006).

Generalmente, estos procedimientos no se realizan para “proteger” la salud física y psicológica de las personas intersexuales, al contrario como se ha expuesto en este capítulo la única función de la intervención quirúrgica y social es mantener el orden binario médico de género y de sexo impuesto por la *heteronormatividad*. Con esto se asegura la coherencia entre las corporalidades e identidades, el deseo sexual y las prácticas sexuales. Además, las personas intersexuales al no calzar nítidamente dentro de estos conceptos son invisibilizadas también por el sistema jurídico estatal. Por esta razón, la cirugía debe realizarse de manera inmediata (antes de 72 horas del parto) para asegurar el acceso a derechos y a la ciudadanía.

Las intervenciones quirúrgicas a los bebés intersexuales son una violación al derecho a la integridad física y psicológica de estas personas. Actualmente la Organización de Naciones Unidas (ONU) considera al procedimiento como actos de tortura, además, al realizarla a temprana edad se niegan otros derechos como el consentimiento informado, la autonomía de decidir sobre su cuerpo, identidad, deseo y prácticas sexuales. No se consideran otras consecuencias derivadas de la cirugía como por ejemplo, la falta de sensibilidad y los genitales. Médicamente interesa que los genitales se acerquen a las medidas y funciones establecidas por la *heteronormatividad*, para que puedan ser aceptados/as por sus parejas y por la sociedad en general.

En este sentido, la decisión de intervenir el cuerpo de las personas intersexuales es un tema complicado y que debe ser analizado desde varias aristas pero, principalmente respetando la decisión personal de estas personas, que como se indica en el siguiente capítulo se posicionan frente al tema de diferentes formas. Por tanto, la intersexualidad es un problema social y no tanto médico.

Otro punto para resaltar son los cambios en las respuestas institucionales frente a las personas intersexuales. Estos cambios en el país han sido influenciados por las comprensiones y vivencias personales de Asley, cuyo caso se volvió paradigmático para el Estado. A través de estos padres por primera vez, se exigió al gobierno y a la administración de salud una sanción a los médicos que intervinieron el cuerpo de su hijo sin consentimiento informado.

A partir del caso de Asley, la Dirección de Derechos Humanos y Género en conjunto con otras instituciones, es la encargada de gestionar el acceso de personas intersexuales a los servicios hospitalarios quirúrgicos y psicológicos. Este servicio institucional es para las personas intersexuales que voluntariamente requieran de una cirugía de asignación sexual o a su vez deseen “corregir” las asignaciones sexuales erróneas. En ese sentido, están siendo atendidas más de diez personas intersexuales de todo el país. Con esto se busca trabajar en el futuro en la elaboración de un protocolo médico estandarizado para la atención de los recién nacidos intersexuales en todos los hospitales públicos del país.

Capítulo 4

Ser intersexual: percepciones y experiencias subjetivas

Introducción

Los discursos biomédicos y legales sobre la intersexualidad crean un conjunto de “verdades” en torno a lo que se considera normal/anormal, sano/enfermo. A partir de estas consideraciones, los cuerpos de las personas intersexuales son intervenidos y “normalizados” para encajar en un sistema binario de sexo y género que organiza toda la vida social. Pero, ¿cómo interpretan estos discursos y “verdades” las mismas personas intersexuales? ¿Cómo perciben sus propios cuerpos y construyen su identidad? En este capítulo se analiza cómo las personas intersexuales incorporan, reinterpretan, e incluso rechazan los discursos médicos/jurídicos por parte de las personas intersexuales.

Se analizan tres posturas de personas intersexuales adultas respecto a la intersexualidad de acuerdo a la agencia y subjetividad que muestran las/os entrevistadas/os frente a las estructuras y discursos de poder. En este sentido, es útil pensar que la construcción de las identidades en las personas intersexuales es un proceso de negociación, repetición, reinterpretación entre los discursos médico-jurídicos y los del colectivo intersexual.

Se encontró durante el trabajo de campo que así como no existen personas intersexuales totalmente homogéneas, tampoco estas personas tienen percepciones y vivencias únicas en torno a su condición de intersexualidad. Los resultados de esta investigación dejaron entrever diversas visiones y posturas que dependen de varios factores sociales, como: clase social, edad, lugar geográfico, acceso a la información y militancia dentro del activismo intersexual y las intervenciones médicas realizadas en sus cuerpos, etc.

Hay que aclarar, sin embargo, que estas tres posturas no son excluyentes entre sí. En algunos momentos se combinan y muestran que los discursos y vivencias personales no siempre calzan nítidamente con los discursos médicos/jurídicos, ni con la postura del colectivo intersexual.

La primera postura muestra una posición crítica con respecto a las visiones hegemónicas y patologizantes de la intersexualidad y está vinculada con una identidad política y reivindicativa de los derechos de las personas que nacen con esta condición. Por ello, el colectivo intersexual que adopta esta postura acusa a los médicos de intervenciones mutilantes que vulneran no solo el derecho al consentimiento informado, sobre todo viola la integridad

de los cuerpos intersexuales. Asimismo, los dos entrevistados se ubican en esta postura porque tuvieron mayor información y contacto con activistas intersexuales y transfeministas, y porque sus familiares fueron más abiertos al tema intersexual, además residen en la ciudad de Quito. Ambos ven en sus cuerpos espacios de transgresión a las normas impuestas por la heteronormatividad, pues consideran que la intersexualidad es una variación natural del cuerpo sexuado y no una enfermedad como manifiestan las concepciones médicas hegemónicas.

La segunda manera de entender la intersexualidad es como una opción y no como una imposición, una manera de reinterpretar los discursos, tanto médicos y jurídicos, como los del colectivo intersexual. En este sentido, quienes muestran esta posición es una agencia que combina los dos diferentes discursos de la intersexualidad. Es decir, esta postura, en la que se ubica la entrevistada oriunda de la ciudad de Manta, no calza nítidamente en las consideraciones médicas que se refieren al intersexual como un cuerpo enfermo. Tampoco calza con el discurso del colectivo intersexual que considera a la intersexualidad como una variación natural de cuerpo sexuado y una transgresión a las normas hegemónicas de la masculinidad y feminidad. Más bien se ubica en los intersticios de ambas.

La tercera postura se articula más con los tradicionales discursos médicos que consideran a la intersexualidad como un trastorno/enfermedad que requiere de la intervención médica para “curar” esa “anomalía” y “normalizar”. En esta postura, Adrián de la ciudad de Guayaquil, repite dos connotaciones de la intersexualidad. La primera está ligada a los conceptos médicos de “enfermedad” y “anormalidad” y la segunda está relacionada con el imaginario social del hermafrodita, es decir, una persona con dos órganos sexuales externos. En este sentido, lo que se busca es la normalización del cuerpo, considerando que en efecto, la intersexualidad es una enfermedad y que los discursos del activismo no calzan con la configuración identitaria.

Considerando lo anterior, en este capítulo se evidencian las complejidades que las personas intersexuales presentan en la construcción de su configuración identitaria sexo- genérica. De esta manera, el estudio se aleja de los binarismos y de las dicotomías para mostrar las tensiones entre normativa social, la experiencia social del colectivo intersexual y la subjetividad de las mismas personas intersexuales. Todo este fue posible a través del análisis de las entrevistas/relatos de vida de Santiago, Asley y Adrián.

1. “La intersexualidad es una identidad como cualquier otra, ¡no es una enfermedad!”

En el país existen muy pocos activistas intersexuales. Como se indica en el capítulo 2, Santiago es el activista intersexual más representativo en Ecuador. Por su parte, Asley y su madre, a través de varios medios de información, llegaron a conocer el tema intersexual y considerarlo como una variación natural y no como una enfermedad. Por tanto, para el análisis se procesaron las versiones de Santiago y Asley. Ambos ven en su corporalidad “atípica” un espacio de transgresión y agencia.

A través de varias entrevistas realizadas en la ciudad de Quito ambos cuentan qué significa para ellos ser intersexuales. Su cercanía al tema intersexual inicia mediante la guía de activistas transfeministas y con investigaciones que realizaron sus padres acerca del tema intersexual. Es importante mencionar que Asley fue intervenido quirúrgicamente al nacer y al cumplir 14 años de edad llega a descubrir su condición intersexual. Desde ese instante Asley, conjuntamente con su madre, empieza a buscar información acerca de lo que ocurre con su cuerpo y ambos deciden adentrarse en el mundo del activismo intersexual en Quito.

1.1. Santiago

Santiago tiene 35 años de edad. De condición económica baja, se dedica a trabajar en el parque La Carolina de la ciudad de Quito como artista escénico, teatral y plástico. Santiago siempre ha contado con el apoyo incondicional de sus padres, que se dedican a la carpintería desde hace varios años y viven en el sector rural de Quito, ambos son de escasos recursos económicos.

Actualmente, Santiago se identifica como hombre heterosexual, es casado y tiene un hijo adoptivo. Él se reconoce abiertamente como una persona intersexual cuyo “diagnóstico” es el “síndrome” de Klinefelter. Descubrió el término por su vinculación con el movimiento transfeminista en Ecuador (Vásquez 2010), que aglutina a movimientos transexuales, feministas e intersexuales que reconocen y valoran la diversidad sexo-genérica y reclaman el reconocimiento de derechos alejados de toda normativa patriarcal.

Quando era niño empecé a notar que mi cuerpo era diferente del resto de mis compañeros en la adolescencia, el tono de voz nunca se me agudizó, nunca me salió vello facial o corporal como a los demás, la masa muscular era mucho menor a la de un hombre “normal” (...) Mis compañeros se burlaban y por supuesto fueron trabas y diferencias muy fuertes. El problema no era mi cuerpo, el problema era la sociedad que me veía como un bicho raro, como algo o alguien anormal. Así me hacían sentir mal, al no saber lo que me ocurría. No era mi culpa ser

así y lo que me hacía sentir aún peor era no saber cómo o de qué manera explicar a la gente lo que en ese entonces le pasaba a mi cuerpo. Me sentía distinto y no tenía los argumentos para decírselo a las demás personas.⁴¹

Santiago se dio cuenta de que su cuerpo era diferente cuando las demás personas le hacían percatar de esa disparidad. Al mostrar una corporalidad atípica y “confusa” se da cuenta de que el problema no era su corporalidad confusa, sino las dudas que causaba a la gente. Presentaba una corporalidad que no calzaba dentro de los estándares de masculinidad y feminidad emitidos por las concepciones sociales y culturales de género y sexo.

Ante esto, sus padres no buscaron información y por tanto no sabían lo que ocurría con el cuerpo de Santiago. No fue hasta después, a los 30 años de edad, que Santiago descubrió su condición intersexual por los resultados médicos.

Mis padres fueron los que me criaron, ellos me educaron para hacerme la persona que soy ahora. Les agradezco a ellos, lo que yo soy. Me han educado bastante libre, a pesar de que por su edad son un poco conservadores. No se hicieron tanto lío conmigo. La pasaban mal en cierto modo por el hecho de que me confundían con una chica y eso les ponía mal. Pero nunca se complicaron, ni me complicaron la vida por eso (...). Ya estaban acostumbrados a verme todos los días y les parecía un chico “normal”. Es Santiago, mi hijo, y listo decía mi padre. El problema que yo tuve es la falta de información en temas de salud.⁴²

Santiago resaltó que se siente bien físicamente y que no ha tenido problemas de salud como para mostrar que la intersexualidad no es una enfermedad. De hecho, él no ha tenido ningún problema de salud derivado de su condición de intersexual. Además, su relato corrobora que más que una “patología” o “trastorno” la intersexualidad es un problema social, pues causa confusión en las personas que miran desde fuera e intentan categorizar a las personas intersexuales como hombres o mujeres. Al no lograrlo, ven a estas personas como “bichos raros”, se burlan de ellas y las rechazan. Puede ser por estas exclusiones que Santiago, a pesar de su discurso crítico sobre la patologización de la intersexualidad, ha buscado formas de sentirse “normal” y de ser aceptado socialmente. Aunque él no fue intervenido quirúrgicamente, sí se automedicó testosterona.

Quería conocer más la masculinidad en mi cuerpo, algunas cosas me agradaron, otras no tanto, entonces dejé de aplicarme. La testosterona es una hormona bastante fuerte tuvo efectos

⁴¹ Entrevista personal, Santiago, activista intersexual, Quito, marzo de 2016.

⁴² Entrevista personal, Santiago, activista intersexual, Quito, marzo de 2016.

secundarios duros de sobrellevar, algunos se han ido, otros se han quedado en mi vida por siempre. Me apliqué la testosterona porque siempre quise que mi cuerpo fuese un poco más masculino por la presión social que tenía y quería explorar el cambio en la voz (...). Dejé de hormonarme porque no me gustaron los efectos que vi en mí, nunca me imaginé estos cambios tan bruscos.⁴³

Sin embargo, luego de enfrentar todos los cuestionamientos y concepciones sociales de la dicotomía sexual, Santiago dice sentirse orgulloso y feliz de tener un cuerpo “indeterminado”. Este posicionamiento que adopta Santiago acerca de la intersexualidad, también está influenciado por su participación en los colectivos transfeministas de la ciudad de Quito, en donde obtuvo información acerca del activismo intersexual. Desde ese entonces, lleva la insignia de ser el primer activista intersexual en Ecuador.

Todo esto demuestra que existen tensiones entre el discurso y las vivencias de Santiago, y la manera en que él ha ido configurando su identidad sexo-genérica. Si bien en su discurso de activista cuestiona a las categorías identitarias hombre-mujer como únicas formas de ser persona, son sus vivencias y la presión social las que retoman los mismos postulados de los que presuntamente se aleja. Por esta razón se inyectó testosterona, para sentirse “normal” y aceptado por la sociedad.

A pesar de ello, para Santiago apropiarse del término intersexual “es lo más hermoso que le puede pasar a una persona, sobre todo asumir esta identidad como parte de una cotidianidad”. Considera que una vez que las personas aceptan sus cuerpos diversos, están aceptando expandirse en las posibilidades de ser, tanto en el sentir, en el pensar, en expresarse, en el amar.

Aunque, Santiago considera que es necesario adquirir una categoría, ya que son las categorías las que otorgan reconocimiento social y legal; sin éstas, dice, no se puede adquirir la connotación de personas y por ende titulares de derechos. Por ello, Santiago se define como hombre y al mismo tiempo como intersexual, es decir, se ubica en las dos categorías. Para él las categorías identitarias son encasillamientos, aunque necesarios para vivir dentro de la sociedad. Por ello, afirma que deberían eliminarse para que las personas puedan identificarse como deseen.

⁴³ Entrevista personal, Santiago, activista intersexual, Quito, marzo de 2016.

Ahora soy feliz, soy como soy. Digo lo que quiero decir, pero, si hay ciertos momentos en los que necesito a la categoría, suena contradictorio, pero vivimos en un mundo de reglas y leyes, en donde es súper complicado transgredir el binario, peor salirte completamente de él.⁴⁴

Esto quiere decir que las categorías identitarias son configuradas de acuerdo a nociones normativas. Toda identidad tiene un trasfondo normativo y esto es, según Butler (1991) parte de la comprensión de género en Occidente. El género es un acto performativo, una construcción social y discursiva, no algo que esté contenido naturalmente en el cuerpo sexuado. Sin embargo, el discurso científico de la medicina ha impedido ver las variaciones existentes en los cuerpos como algo natural, sino más bien con motivos de intervención quirúrgica.

De acuerdo con Santiago, la decisión de intervenir o no intervenir quirúrgicamente no es sencilla. Primero, él considera que se trata de un tema muy subjetivo de la persona intersexual y no del médico o de los padres. Además, Santiago cree que en medio de esta decisión se tiene un precipicio en los dos lados: “quizá algunos reclamen el no haberlo hecho a tiempo y quizá otros rechacen las intervenciones quirúrgicas, es un tema que hay que tratarlo con pinzas”.⁴⁴ A diferencia de otros activistas intersexuales que tienen posiciones más radicales, Santiago dice estar consciente de lo complicado que resulta tomar la decisión de intervenir o no el cuerpo de los recién nacidos intersexuales. En este sentido, Santiago insiste en dos cuestiones importantes las cuales se centran en la decisión de la misma persona intersexual y en la no intervención de los médicos. Cabe resaltar que la posición de Santiago como activista intersexual evidencia que los discursos del colectivo intersexual, no son excluyentes de otras posiciones respecto a la intersexualidad. Como manifestó la decisión es complicada y existe un riesgo si se interviene o no a los recién nacidos intersexuales. Si bien dice que la intersexualidad es algo maravilloso, único, algo de lo que no se siente avergonzado; al mismo tiempo, confiesa haber deseado sentirse “normal” y aceptado por la sociedad. En el posicionamiento de Santiago se evidencia que el concepto de agencia está intermediado por la interpretación de los discursos del colectivo intersexual, por sus vivencias personales y por el acceso a los colectivos transfeministas en la ciudad de Quito.

1.2. Asley y sus padres

Cuando Asley nació los doctores comunicaron a sus padres que había ocurrido un “problema”, ya que tenía una “mal formación externa de los genitales”. Asley nació en un

⁴⁴ Entrevista personal, Santiago, activista intersexual, Quito, marzo de 2016.

hospital público de la ciudad de Quito. Su madre lo tuvo a los 17 años de edad y desde un inicio conoció la “mal formación” en los genitales internos de su hijo, que fue intervenido quirúrgicamente por tres ocasiones. Pero no fue hasta que cumplió 13 años que conocieron su condición de persona intersexual. Con una de las variaciones más complejas que puede tener un cuerpo sexuado “atípico”, su condición es denominada por la medicina como “hermafroditismo verdadero”.⁴⁵

La madre de Asley, Susana, es una mujer quiteña de 32 años, que trabaja en el sector público y vive al sur de la ciudad de Quito. Afirma que su situación económica es precaria. Actualmente está casada con un militar en servicio activo que no es el padre biológico de Asley, y tiene un hijo de 3 años de edad. Ella relata así lo que significa tener un hijo intersexual:

Para mí fue súper duro tenerle al Asley; a mis diecisiete años fui madre soltera. Cuando nació mi hijo me dijeron que había nacido con algo en los genitales, no entendí bien, ya que el médico no supo informarme. En ese instante le hicieron exámenes médicos y un eco. En junta médica me dijeron que él no podía salir del hospital sin asignarle un sexo definitivo. Fue asignado sexo masculino. Yo no entendí bien de lo que se trataba, y como el médico me dijo que mi hijo es hombre, nunca sospeché nada.⁴⁶

El doctor que operó a Asley comunicó a Susana que el bebé tendría que ser operado nuevamente del pene, pero aseguró que no era nada grave, pues “lo del sexo” estaba “solucionado”. Susana no sospechó nunca nada hasta que Asley cumplió 13 años. Ahí fue que se enfrentó con la condición de su hijo.

Criamos a mi hijo como varón. Hasta los 13 años le eduqué como un niño, como un hombre normal. ÉL no era un “típico” niño común, o sea (de esos) que se inclinan por jugar fútbol, por ser así muy molesto. Asley siempre ha sido de muy tranquilo de carácter, por eso tuve que ser muy dura y estricta con él, porque era muy delicado y aparte de eso el doctor “Álvaro” me aconsejó que le crie con mano dura para que sea normalito cuando se haga grande.⁴⁶

El relato de Susana muestra que la intervención quirúrgica de asignación sexual es complementada con la educación en género por parte de los progenitores. En este sentido, l el

⁴⁵ El llamado hermafroditismo verdadero combina ovarios y testículos. A veces un individuo tiene un lado masculino y un lado femenino. En otros casos el ovario y el testículo se desarrollan juntos en un mismo órgano, formando lo que los biólogos llaman un ovo testículo. No es infrecuente que al menos una de las gónadas (más a menudo el ovario) funcione lo bastante bien para producir óvulos o espermatozoides y niveles funcionales de las llamadas hormonas sexuales (andrógenos o estrógenos).

⁴⁶ Entrevista personal, Susana, madre de Asley, Quito, junio de 2016.

médico recomienda a los padres que regulen los comportamientos de Asley, para que vayan acordes al imaginario social de la masculinidad hegemónica, una masculinidad que, por ejemplo, no demuestre feminidad o delicadeza. Por eso, el médico aconseja a Susana que le “crie” con “mano dura”. Así se enaltecen los roles de género considerados “propios” de los hombres como la valentía y el trabajo fuera del hogar (no ayudar a las tareas domésticas porque esto es mal visto), etc. Además, Ernesto, el padrastro de Asley que lo conoció a la edad de nueve años, trató de inculcarle una figura masculina a través del entrenamiento físico “estilo militar”. La intención era de que Asley bajara de peso, dejara su “delicadeza” y “empiece a agarrar cuerpo de hombre”. Sin embargo, Susana cuenta:

Pero a los diez años a mi hijo le empezaron a crecer los pechos. De nuevo le lleve a chequear donde el doctor Álvaro y me dijo que no eran pechos, era algo llamado ginecomastia, que habían crecido de ese tamaño por estar gordito y que con ejercicio y con dieta iba a solucionarse. Por eso mi marido con más insistencia le llevaba a trotar y entrenaba muy duro. Cuando bajó de peso nos dimos cuenta de algo preocupante: mientras más bajaba de peso, más se le empezaba a notar la “ginecomastia”. Ahí es cuando Asley inicia a fajarse (...). Al principio le di de comer más para que no se le notara su “pectoral” tan pronunciado. Y con las fajas yo le veía muy incómodo.⁴⁷

Cuando Asley cumplió 13 años sucedió algo que a su madre la dejó muy sorprendida y preocupada. “Me dijo, mami yo no te quería preocupar pero me está saliendo un líquido del pectoral”. En ese instante la madre desconcertada fue a buscar una cita médica con el endocrinólogo y los otros especialistas, para saber qué es lo que ocurría con su hijo. En la segunda ocasión con el eco abdominal se descubre que Asley tiene un útero, ovarios y al mismo tiempo testículos. En este instante la mamá descubre la condición intersexual de su hijo.

Ante esta situación los padres de Asley consultaron con el primer médico (Álvaro) que le asignó sexo masculino y preguntaron por qué omitió avisarles que su hijo, de acuerdo al examen genético, era cromosomas XX y al mismo tiempo tenía/tiene testículos, es decir que Asley había nacido intersexual. El doctor, contestó que él actuó médicamente y lo que consideró es que su hijo es un hombre porque su corporalidad se vinculaba más con ese sexo. Arbitrariamente el médico decidió ese sexo, sin contar con el consentimiento de los padres del recién nacido.

⁴⁷ Entrevista personal, Susana, madre de Asley, Quito, junio de 2016.

Esto nos llevó a seguirle un juicio civil, en primer lugar porque pensamos que con qué derecho se creía él para decidir el sexo de nuestro hijo, el doctor tenía la obligación y el deber moral de avisarnos las condiciones que tiene Asley. Incluso cuando nació le asignaron temporalmente sexo masculino, y cuando a los dos meses de obtenidas las pruebas ya sabía que científicamente es una mujer. Sin embargo el doctor decidió que no debía ser mujer sino hombre y omitió decirnos esta información.⁴⁸

El médico tomó esta decisión a pesar de conocer los resultados de los exámenes cromosómicos e incluso luego de realizar una junta médica en donde se discutió acerca de la intervención quirúrgica de Asley. Aun conociendo que medicamente este examen (cromosómico) es el que define el “sexo verdadero” de las personas intersexuales, el médico decidió que lo más recomendable era convertirlo en hombre porque su pene iba a ser funcional.

Por estas razones, la concepción de que existe un sexo verdadero (macho-hembra) es un falso ideal. Como se expuso en el capítulo 3, las consideraciones que predominan en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas para asignar un sexo-género a los recién nacidos intersexuales, están determinadas por el tamaño y forma de los genitales, y no por los exámenes cromosómicos, hormonales o radiológicos que presuntamente develarían este supuestamente sexo verdadero.

Al inicio por la desesperación y el impacto de la noticia, la madre de Asley quiso ocultarle su condición intersexual e intervenirlo quirúrgicamente. Pero después consultó con otros/as especialistas el tema intersexual en Internet y decidió que lo mejor era decir la verdad a su hijo.

Conversando con mi mamá y mi hermano mayor de lo acontecido con mi hijo, decidimos por la desesperación y en nuestra brutalidad, en nuestra ignorancia del tema intersexual, que vamos a criarle machista a Asley. No le haríamos saber nada y vamos a sacarle todo lo que tiene de mujer dentro de su cuerpo. Además pensábamos criarlo con más mano dura. Me decía a mí misma: ahora si el Axel no va a levantarme ni un cubierto de la casa, no me importaba que mi hijo incluso se haga un sinvergüenza, maltratador. No sabía lo que estaba haciendo, lo hacía por el bien de él, para que no se traume y no sufra. Pero después lo pensé mejor y llevamos a Asley a consultas privadas con otros doctores para ver qué se podía hacer, de qué manera le podía ayudar a mi hijo, Nos dimos cuenta de que la idea de operarle y sacarle el

⁴⁸ Entrevista personal, Susana, madre de Asley, Quito, junio de 2016.

útero y los pechos y educarlo como más hombrecito no era lo correcto. Me puse a pensar si mi hijo se llegara a enterar un día de lo acontecido, me diría que soy mala madre, que debía haberle dicho porque quizá él quería ser mujer.⁴⁹

En este punto, Asley tenía que definir con que sexo quedarse: uno solo. A pesar de haber sido asignado sexo masculino, su cuerpo tenía la apariencia que socialmente se asocia a una corporalidad femenina. Los médicos/as pensaron que no podía conservar su cuerpo intersexual, con senos, con útero y un pene, porque posiblemente (algo que no es comprobado) le causaría alguna enfermedad a futuro, además de “problemas” psicológicos. Así que la opción de Asley finalmente fue conservar la primera asignación sexual y retirar de su cuerpo los órganos genitales internos femeninos, así como los senos.

En una de las juntas médicas en donde se discutía de la intervención quirúrgica para “resolver” la definitiva corporalidad sexual de Asley, la decisión más “viable” era que fuese una mujer, por las condiciones físicas y genéticas que poseía. En base a la creencia que su vida sería más llevadera ya que podría ser madre y por ende ser “feliz”. Asley y sus padres habían analizado esta opción, pero manifestaron que la decisión iba a ser la que mejor le parecía a Asley. Incluso, comentaban los padres que si su hijo quería convertirse en mujer le apoyaban totalmente. De hecho, ya tenían listo un plan para el efecto: “queríamos llevarle fuera de la ciudad, ya teníamos visto una casa en el Oriente para llevarle a mi hijo convertido en una chica, incluso averiguamos el cambio de puestos de trabajo”.⁴⁹

La decisión que tomó Asley fue la de conservar su identidad y corporalidad masculina y extirparse su útero, ovarios y senos. Antes de finalizar la entrevista, la madre aconseja que no se toquen a los recién nacidos intersexuales. Ella manifiesta que la sociedad ecuatoriana debe empezar a educarse en estos temas, e incentivar el respeto hacia la diversidad corporal de los recién nacidos intersexuales.

Lastimosamente no puedo retroceder el tiempo y evitar todo lo que mi hijo tuvo que pasar. Pero, lo que sí puedo hacer ahora es hablar del tema para que las madres que tengan hijos como el mío se informen mejor y ofrezcan mucho amor aceptándolos como son y no interviniendo su cuerpo, eso sí no, yo quisiera que no se toque el cuerpo de estos bebés. Aconsejo a a los profesionales médicos que nunca se confíen por el conocimiento que tienen,

⁴⁹ Entrevista personal, Susana, madre de Asley, Quito, junio de 2016.

o por lo que ellos piensan. Siempre informen a los padres y tengan paciencia en saber informar de manera adecuada para que no pase.⁵⁰

En el relato de la madre se evidencian varias cuestiones que ayudan a entender cómo Asley se posiciona como activista intersexual. Asimismo, se creía que a partir de conseguir información a través de varios medios informáticos como Internet, Susana logró conocer más sobre el tema intersexual y por esta razón brindar apoyo incondicional a su hijo. En este sentido, la agencia de Asley viene determinada por el apoyo de su familia, especialmente el de su madre quien buscó información y consultó otros criterios médicos acerca de la condición de su hijo. Consecuentemente esto llevó a demandar al médico para que estas situaciones, según dice, no se vuelvan a repetir.

Además, lo manifestado por Susana en la entrevista hace pensar la manera en que la identidad se convierte en un asunto tan importante, que incluso es capaz de cambiar de lugares de vivienda y de trabajo. En este sentido, el sexo biológico y la identidad de género son dos cuestiones que definen la vida y la traspasan en todas sus dimensiones.

De esta manera, a través de Susana y Asley se evidencian las diferentes formas en que el género se encarna en los órganos sexuales, a través de los discursos científicos de poder-saber médicos cuyas concepciones binarias de sexo aconsejaban que por la corporalidad lo más óptimo fuera convertirlo en mujer. Por otra parte, la crianza de Asley viene determinada por la educación en género que sus padres dieron; a través de censurar cierto tipo de comportamientos, como “lavar platos es algo de mujeres”. Por eso, Susana pensó en prohibirle esa actividad y alentar otro tipo de actitudes y acciones, “le vamos a criar machista, maltratador, sinvergüenza”.⁵⁰ Esta es la manera como se van construyendo socialmente los géneros, entre la articulación del castigo, el apremio y la imposición de roles y actitudes.

1.3. Ser adolescente intersexual: Asley

Yo pienso que la intersexualidad es un mundo lleno de posibilidades, por ejemplo: yo tengo dos mejores amigos en el colegio (un hombre y una mujer) que se hicieron novios. Cuando él se molesta con ella porque hace algo que no es de su agrado, yo como que intento mediar entre los dos y lo veo como ella lo entiende, pero también lo analizo a la manera de él, porque entiendo a los dos. Siempre termino haciendo que los dos se entiendan el uno al otro. Ahí es cuando me di cuenta de que ser intersexual tiene sus ventajas. Yo entiendo tanto a hombres como a mujeres, no puedo repetir lo que el resto de mis compañeros dicen ¡No entiendo a las

⁵⁰ Entrevista personal, Susana, madre de Asley, Quito, junio de 2016.

mujeres! O ¡No entiendo a los hombres! Yo puedo decir que entiendo a los dos. No hay ningún problema con los dos, no le veo nada malo (...). La intersexualidad para mí no es ningún problema, es como una forma de vida, como una ventaja que tengo sobre las demás.⁵¹

Asley tiene 15 años, vive con sus padres y estudia en un colegio del sur de Quito. Para Asley, ser intersexual significa por un lado, no “encajar” dentro de las normas sociales, y al mismo tiempo es una ventaja social que tiene sobre las demás personas. Su posición frente a la intersexualidad es que ésta no tiene que ver con consideraciones médicas, sino más bien con consideraciones sociales. Se convierte en un “problema social” al no encajar con las normas impuestas por la heteronormatividad.

Asley, al igual que Santiago, muestra la tensión que existe en cómo se han ido configurando sus identidades, aunque dicen los dos ser activistas, no se alejan tanto de considerar a la intersexualidad como algo “anormal”. Ambos afirman que en algún momento de su vida -en la adolescencia- quisieron ser “normales” y vivir como las demás personas sin ser vistos como “raros”.

La verdad pienso que fue la presión social lo que me obligó a no quedarme con mi parte femenina. Tuve un incidente en el colegio, estaba en educación física y fui al baño, y de repente explotó mi faja y mis compañeros se percataron de mi pecho y literal los tenía más grandes que los de mi madre y por eso me dijeron que usara sostén. Ese instante quería llorar, y me dije que no lo iba hacer delante de mis compañeros. Quería irme a mi casa y un compañero me dijo: Asley no hagas caso de lo que te digan, tú solo sigue siendo como eres. Obvio que en ese instante no sabía nada de esto, el doctor supuestamente me dijo que es ginecomastia y que es algo normal en los gorditos como yo.⁵²

Asley comentó de qué manera tomó la noticia de su condición intersexual. Su primera reacción frente al tema fue la de no encajar en ninguna de los dos extremos de lo masculino o femenino. Según sus vivencias en el colegio y en el hogar, se dio cuenta que era diferente, tenía pechos, no le gustaban juegos de “niños” etc. Además, parte importante del conocimiento del tema intersexual fue la información y acceso a medios tecnológicos como Internet que ayudaron a entender mejor el tema.

A los once años me dio un dolor muy fuerte en el vientre y a veces empezaba a orinar sangre, primero pensé que tenía cáncer. Duró como 15 días aproximadamente, ese rato sentía que me

⁵¹ Entrevista personal, Asley, activista, Quito, junio de 2016.

⁵² Entrevista personal, Asley, activista, Quito, junio de 2016.

moría. Yo no sabía nada, me puse a investigar en la computadora lo que podría ser, porque me pareció raro que doliera tanto.⁵²

Cuando Asley se enteró del activismo intersexual, a través de una página de Internet, empezó a revisar las diferentes formas de cuerpo y es cuando toma su posicionamiento frente al tema intersexual. Al mismo tiempo su madre la dio la noticia de su condición y que debía él escoger un sexo definitivo. Lo primero que pensó fue conservar su cuerpo intersexual. Como ya se dijo, esto no fue posible por los supuestos peligros que podían darse en el futuro conservar el útero, ovarios y al mismo tiempo testículos.

Escogí el sexo y cuerpo que me parece más llevadero, me quedé como hombre. Además de que me había criado así, se me hacía raro verme como mujer. Es como que le dijeras al perro que se volviera gato, siempre fui perro, pero yo sí podía hacerme mujer.⁵³

Al igual que Santiago, Asley piensa que intervenir el cuerpo de los recién nacidos intersexuales es un procedimiento violento y se posiciona en contra de las intervenciones quirúrgicas. Ambos consideran que estas operaciones son mutilantes y que deberían los especialistas informar mejor a los padres para que sepan que esto no es una enfermedad. El posicionamiento de ambos viene determinado por sus vivencias personales y también por la información obtenida de colectivos transfeministas y de Internet. Además, el apoyo de sus familiares fue crucial para que vieran a la intersexualidad como un espacio de transgresión y activismo.

2. “La intersexualidad es una enfermedad”

2.1. Adrián

Yo me identifico totalmente como hombre, solo que tengo un problema físico, porque en lo hormonal, internamente estoy bien como un varón. El doctor me dice que lo que yo sufro se cura con cirugía y con tratamientos hormonales. Yo pienso que es necesaria para mí la cirugía para sentirme una persona completa. Antes yo me sentía poco hombre o nada, un poco raro y extraño, en el sentido de que no podía bromearme del todo con mis compañeros de colegio, tenía miedo de ir al baño por el temor de las burlas de ellos (...).⁵⁴

Adrián es guayaquileño, tiene 22 años de edad, fue criado como mujer hasta los 20 años que asume una identidad masculina. Es de bajos recursos económicos y vive con sus padres al sur de la ciudad de Guayaquil. Se dedica a estudiar, no trabaja. Sus padres laboran en el comercio

⁵³ Entrevista personal, Asley, activista, Quito, junio de 2016.

⁵⁴ Entrevista personal, Adrián, persona con “Trastorno de desarrollo sexual”, Quito, 2016.

de verduras. Sandra madre de Adrián es la que más ha entendido y acompañado durante todo el proceso de cambio de identidad.

Adrián considera que la intersexualidad es una enfermedad y que tiene un “Trastorno de la diferenciación sexual”, síndrome de Klinefelter. Adrián fue atendido en un hospital público de la ciudad de Guayaquil, y cuando nació el médico le asignó sexo femenino sin consentimiento de sus padres. A la edad de 20 años Adrián descubre su condición intersexual y lo hace a través de su primera novia, y consecutivamente su primera relación sexual. La novia de Adrián le dice que lo que tiene no es una vagina sino un pene.

Pensaba que era lesbiana, incluso le dije a mi madre que lo era”. Mi novia en la primera relación sexual me dijo que eso no era un clítoris, sino un pene y que me haga chequear con un médico para que ayudara a que se viera más normal y largo. Por la insistencia de ella fui al hospital a chequearme. Entonces ya empezamos a buscar soluciones, mirábamos en Internet a personas que habían pasado por lo mismo y supimos que había solución. Mi novia es la chispa que encendió todo lo que ahora estoy haciendo. Ella me convenció de hablar con mi familia de esto, y ya cuando les comenté, mi papi me dijo que me corte el cabello y que me vista como hombre. Mi mami me llevó al hospital inmediatamente para que me realicen los chequeos y asegurarse de que mi sexo sea el que yo digo que es.⁵⁵

A pesar de que la madre de Adrián tenía dudas respecto de sus genitales, el médico le dijo que tiene un clítoris alargado que desaparecería con el tiempo. Los padres nunca sospecharon nada, aunque de acuerdo con las versiones de la madre, “Adrián siempre se comportó de manera muy ruda, no le gustaban las muñecas que le compraba y siempre renegaba ponerse vestidos”.⁵⁶ Sin embargo, la noticia de la condición de intersexual de Adrián fue tomada de muy buena manera por parte de su padre quién le dijo: “sólo córtate el cabello como varón y ponte pantalones”.

Adrián no tiene claro lo que significa la intersexualidad, de lo que él está seguro es que “no es eso”.

Escuché por un tiempo la palabra intersexual, pero nunca lo vi como que es algo que yo tengo, o sea yo no soy una persona intersexual. A mí los doctores me dijeron que me quite de la mente eso porque no soy, así que yo no sufro de eso. Pero, me imagino que la intersexualidad es cuando las personas tienen dos sexos. Yo no me considero eso. No pienso que la

⁵⁵ Entrevista personal, Adrián, persona con “Trastorno de desarrollo sexual”, Quito, julio de 2016.

⁵⁶ Entrevista personal, Sandra, madre de Adrián, Quito, julio de 2016.

intersexualidad sea algo malo, yo lo que pienso que existen gente así, que incluso conozco a unas dos amiguitas que también les operó el doctor, y me imagino que ellas sí sufren de ese problema. Como te repito yo no me considero así. Tengo un problema físico y lo resolveré a través de un buen tratamiento médico.⁵⁷

Adrián manifiesta que la intersexualidad es una enfermedad y que no tiene esa condición, pues solo presenta una “malformación”. Sin embargo, dice que las personas que tienen esa “enfermedad” deberían ser atendidas con especial atención y paciencia para que puedan decidir su sexo. Él entiende a la intersexualidad de acuerdo a las connotaciones sociales que vinculan a la intersexualidad como la figura mítica del “hermafrodita”, aquella persona “monstruosa” con dos genitales externos.

Lo manifestado por Adrián ilustra dos cuestiones importantes: la primera tiene que ver con el concepto de virilidad y masculinidad. Esta virilidad está asociada a la capacidad de penetración, tamaño y forma del pene (su novia le dice que no es mujer porque tiene un pene escondido y que se realice pruebas médicas). La segunda tiene que ver con asumir la identidad masculina, cuando su padre le dice que si va hacerse hombre tiene que cortarse el cabello como tal, es decir, el sexo va de la mano de un género normativo. En el imaginario social existe la concepción de que el sexo biológico se corresponde con un género y un deseo/prácticas sexuales heteronormativos, de esta manera un hombre es considerado como tal en la medida en que asuma un género masculino y al mismo tiempo tenga deseos y prácticas heterosexuales.

2.2. La madre de Adrián

Sandra es la madre de Adrián, una guayaquileña de 60 años, comerciante y ama de casa. Ella dice que notaba que su “hija” Adrián era diferente. Sandra fue la madre de Sara (Adrián), hasta los 21 años de edad. Recuerda que cuando estaba embarazada quería tener un niño. Pero cuando nació los doctores le dijeron que era una niña con un clítoris extendido, y que con el transcurrir del tiempo se le “caería”.

Un día cuando lo estaba bañando me di cuenta de que en sus labios vaginales tenía un par de testículos. Inmediatamente me fui donde el doctor pero él me dijo que esto era normal, y que con el tiempo iban a desaparecer. A medida que iba creciendo ya cuando cumplía 15-16 años no tenía regla, no tenía senos, me empecé a preocupar porque su cuerpo se iba tornando cada

⁵⁷ Entrevista personal, Adrián, persona con “Trastorno de desarrollo sexual”, Quito, julio de 2016.

vez más como de hombre. Lo llevé nuevamente a Guayaquil a realizarle un eco, no tenía útero y tampoco ovarios. Regresé a mi casa, ya convencida de que mi hija en realidad era hombre.⁵⁸

Sandra dice que le costó mucho trabajo criar a su hijo como mujer, no le gustaban los vestidos, no le gustaban las muñecas. Siempre estaba con los amigos del barrio jugando fútbol. De acuerdo con Sandra a Adrián (Sara) no le gustaba ser femenino/a. Cuando Sandra veía que su hijo se comportaba como niño lo castigaba: “cada vez que la veía jugando fútbol le entraba a palo, si no quería ponerse el vestido le tiraba de los pelos, ya que para que fuese normalita era necesario mano dura”.⁵⁸

En la pubertad Sandra se da cuenta que su hijo desarrolla una corporalidad masculina, no le crecían pechos y manifiesta la entrevistada que Adrián (Sara) nunca menstruó. “Yo pensé que a lo mejor llegaría después, no me preocupé y dejé que pase el tiempo, hasta que a los 20 años le llevo donde el médico para que le examine”.⁵⁸

Comenzaron a realizarle exámenes en donde todos los factores concordaban en que efectivamente era un hombre, tenía testículos, un micro pene, su cariotipo es XY. Al enterarme de esta noticia yo como madre me dio mucha pena porque yo sabía que él se llamaba Sara, entonces yo con esta noticia me di cuenta de que Sara murió. Lloré muchísimo incluso hasta el día de hoy estoy mal. Me siento frustrada porque no gocé a mi hijo siendo varón, que comprar el calzoncillo celeste, que darle su cunita azul, incluso llevarle a la peluquería para cortarle su pelito como varoncito, eso no lo viví. Yo tomé esta noticia como un giro de 360 grados, incluso pensaba en irme de donde yo actualmente vivo. Después recapacité y dije que no, que a lo que yo huía es al qué dirán los vecinos, pero ahora sé que no hay problema porque lo tomaron de buena forma. Yo solo dije que ahora tengo un hijo, y uno por un hijo da lo que sea.⁵⁹

De acuerdo a la entrevistada su hijo ya no era más mujer. Actualmente Sandra se acostumbró a llamar a su hijo Adrián, aunque dice extrañar a Sara. Esto no fue fácil de digerir dice la entrevistada, pero a todo nos acostumbramos. Temía mucho a la repercusión social, el qué dirán la asustaba. Pero comprendió que el amor y la aceptación son más grandes que la opinión del resto.

El cambio de identidad en Adrián tomó casi un año. Fue ayudado por un consorcio jurídico gratuito en cuya petición estaban los documentos y pruebas que comprobaban el sexo

⁵⁸ Entrevista personal, Sandra, madre de Adrián, Quito, julio de 2016.

⁵⁹ Entrevista personal, Sandra, madre de Adrián, Quito, julio de 2016.

masculino. En el Hospital Baca Ortiz fue dirigido con el médico que realiza las operaciones a las personas intersexuales (niños/as y adultas) fue contactado a través del Departamento de Derechos Humanos y Género en el año 2015 y le falta una cirugía más.

Mi sueño es que mis genitales tengan el aspecto común, así como el pene de todos los hombres. Me daba mucho coraje que los doctores anteriormente me negaran esa posibilidad, por eso me ponía a llorar a diario. Gracias al Ministerio de Salud Pública, el doctor García se enteró de mi caso y lo trajeron. De ahí la primera vez que lo conocí fue cuando me operé en el hospital en Quito, y desde entonces mi vida cambió. Yo siento que he mejorado como persona, en un 80 % en todo. Me siento normal, por fin soy común al resto de mis amigos. Soy lo que siempre he querido ser (...). Antes no me sentía realizado, yo siempre he sabido quién soy, pero mis dudas venían por mi aspecto físico y genital, eso era lo que hacía que mi cabeza se llene de dudas. Mi principal duda era si la cirugía que yo quería podían hacerla en el hospital y ahora con los resultados que veo, todo lo que yo anhelaba se está haciendo realidad gracias a Dios.⁶⁰

Adrián tiene una posición distinta a los dos anteriores entrevistados, y discrepa con el discurso del colectivo intersexual. Con su caso se corroboró que es un error pensar que todas las personas intersexuales o con “trastornos de la diferenciación sexual per se, por su condición inmediatamente asuman el discurso político reivindicatorio intersexual. En este sentido su posicionamiento es de aceptación frente a las concepciones médicas y legales de la intersexualidad. Menciona que para él la intersexualidad es una enfermedad ligada al imaginario social del hermafrodita y niega que tenga esa condición. Además señaló que los médicos cometieron un error al decirle a su mamá que es una niña. Sin embargo, el discurso que mantiene Adrián en algún punto se trastoca con el discurso del colectivo intersexual, pues considera que los doctores deben esperar cuando el sexo es “confuso” en los recién nacidos. Al mismo tiempo apoya que la cirugía de asignación sexual es necesaria para que las personas puedan ser felices.

3. “La decisión no es del colectivo intersexual y tampoco de los médicos”

3.1. Julia

Julia tiene 22 años, vive en Manta, es de escasos recursos económicos y estudia administración de empresas. Vive con su madre y hermano. Actualmente se dedica con su familia al comercio informal, ya que vende postres en las calles de Manta Julia sufre de un trastorno esquizo-afectivo, más compulsión obsesiva. Desde los 12 años es atendida por un

⁶⁰ Entrevista personal, Adrián, persona con “Trastorno de desarrollo sexual”, Quito, julio de 2016.

psiquiatra, y fue criada como hombre hasta los 15 años de edad. Después asumió una identidad “femenina intersexual”.

Desde mi pubertad me sentía diferente, distinta. Fui criada como chico, ya que el doctor que atendió mi nacimiento me designó así. Aunque no me intervinieron quirúrgica, ni hormonalmente mi cuerpo. Lo que en verdad tenía era un clítoris muy desarrollado por fuera. Y siempre me preguntaba si esto era normal, ya que miraba a mis primos sus genitales y veía que el mío era diferente. Desde ese entonces quería saber ¿Quién soy yo? Por un lado, no me sentía completamente masculino, por más que me esforcé en ser tosca, por parecer varonil, nunca lo logré. Siempre tuve un perfil delicado y afeminado, era demasiado esbelta, mis compañeros se mofaban de mí por tener un aspecto diferente y me decían que era maricón, y la verdad no tenía atracción hacia los hombres o hacia las mujeres.⁶¹

Julia considera a la intersexualidad como las “discrepancias” entre los dos sexos y ella afirma situarse en medio de los dos sexos, aunque se considera una mujer intersexual. Julia fue “diagnosticada” con el síndrome de insensibilidad a los andrógenos.⁶²

Julia se posiciona frente a la intersexualidad de manera híbrida. Reconoce que es una “discrepancia”, pero al mismo tiempo ve en la intersexualidad una oportunidad para expresar la diversidad del sexo género, orientación y prácticas sexuales. Se siente femenina, manifiesta que su deseo sexual está determinado a la “química que sienta” con las personas y no a la corporalidad que presenten. Ella también adopta esta postura frente a la intersexualidad por su cercanía a activistas GLBTI de la ciudad de Manta.

Yo actualmente tomé la decisión de definirme sexualmente como mujer y mi orientación es diversa. La gente también me ha aceptado, pero siendo sincera yo todavía no me encuentro, siento una confusión de emociones. Nunca me llamo la atención maquillarme o ponerme sostén, pero si me siento femenina la mayor parte del tiempo. A veces este problema causa estragos en mi mente y es ahí cuando pierdo el juicio. No puedo olvidar que fui hombre, principalmente cuando tengo que ocupar el baño: eso me causa muchos conflictos a nivel psicológico y caigo en mis momentos de esquizofrenia. Es doloroso porque no tengo esperanzas de tener una familia. Sería algo bonito ser madre, pero no lo voy hacer nunca, y

⁶¹ Entrevista personal, Julia, persona intersexual, Manta, mayo de 2016.

⁶² Estado intersexual en la que una corporalidad que tiene cromosomas XY (masculino). Sus células son ciegas a la hormona testosterona, por lo cual su cuerpo nunca llega a masculinizarse.

ahora estoy luchando. Aunque a veces incluso he intentado suicidarme, pero ya estoy tratando de mejorar mi condición.⁶³

Según Julia, a la hora de la formación en su escuela y colegio no encontraba un lugar donde ubicarse, no sabía estar en la fila de los hombres o en el de las mujeres. Sus compañeros se burlaban y la tildaban de homosexual. Ese tormento lo tuvo que pasar durante 11 años, hasta que decide adoptar una apariencia femenina.

Empieza a vestirse y maquillarse. Ve en la categoría mujer una mayor aceptación, pues considera que su corporalidad es más aceptada para las convenciones sociales, por ser delicada, por ser esbelta, por ser pequeña, por tener caderas anchas, y por no tener un pene que le funciona y además sea pequeño.

La apariencia de Julia es como de una chica común de su edad, muy alta, y cabellos negros. Actualmente se posiciona en el mundo como activista GLBTI. Usualmente dice ser una mujer intersexual. Aunque afirma que sería un error pensar que con la categoría intersexual se identifiquen todas las personas que tienen esta condición. En este orden de ideas, Julia mantiene una postura que cuestiona a las dos anteriores. Por un lado, defiende las intervenciones quirúrgicas en los recién nacidos intersexuales, siempre y cuando se realicen las pruebas médicas suficientes y que sean para evitar cualquier enfermedad a futuro y no sean por cuestiones estéticas. Pero por otra parte está consciente de que asumirse intersexual es una opción personal, y no debería ser una generalidad.

Este posicionamiento de Julia demuestra que tampoco los discursos acerca del activismo intersexual son homogéneos, ya que existen varias interpretaciones. El pensamiento de Julia no calza o se adecúa a los de Asley y Santiago que rechazan estos procedimientos. Tampoco se ajusta al de Adrián, pues no considera a la intersexualidad como una enfermedad. Su posicionamiento no pertenece completamente a ninguno de los dos discursos, ella muestra estar en los intersticios de ambos, al manifestar que los dos discursos deberían ser más estudiados y no ser impuestos.

Cuando se asumió una identidad femenina, Julia sintió la necesidad de adquirir un reconocimiento legal para complementar su decisión. Se cambió de sexo en el Registro Civil de Manta y comenta que tuvo mucha acogida por parte de las personas que laboran en esa institución. Como su aspecto era femenino, los funcionarios/as luego de explicarles su

⁶³ Entrevista personal, Julia, persona intersexual, Manta, mayo de 2016.

condición, entendieron el porqué de su decisión. Así, Julia cambió toda su documentación, el título de bachiller de colegio, la cédula de identidad, el record de notas, etc. Para Julia se trata de un cambio que significa volver a nacer.

Hoy justamente cumpla 4 años como mujer. Este trámite lo hice por mi cuenta, también fui con una ginecóloga para que me valorara, mis papeles anteriores los destruí porque para mí eso ya es pasado. Pienso que se me dio tanta apertura por mi androginia, ya que pasaba como mujer sin ningún problema.⁶⁴

Julia construye su identidad de mujer intersexual tomando las nociones y concepciones de dos discursos en torno a la intersexualidad: las del médico y las del activismo intersexual. Ella interpreta a la intersexualidad como una “discrepancia” que en ciertos casos amerita la intervención médica, pero que este criterio no debería generalizarse a todas las personas con esta condición. Además, por su cercanía a los colectivos GLBTI de Manta ve a la intersexualidad como una forma distinta de tener un cuerpo sexuado.

Conclusiones preliminares

En este capítulo se han expuesto las maneras de posicionamiento de las personas ante a la intersexualidad. En este sentido, se analizaron tres posicionamientos que reflejan las múltiples formas subjetivas de interpretar/responder frente a los discursos, concepciones y prácticas médicas/legales y del propio colectivo intersexual.

Con la primera postura de Santiago y Asley, se corrobora que la intersexualidad es entendida como una variación natural del cuerpo. Ambos, asumen sus corporalidades como espacios de transgresión a las nociones médicas y legales que manifiestan que la intersexualidad es una “enfermedad” y que es algo “anormal”. Muestran inconformidad con las cirugías practicadas en los bebés intersexuales y al mismo tiempo señalan que este tema es muy complejo de resolverlo, por las diferentes formas en que una persona puede asumir la intersexualidad.

Con el segundo posicionamiento respecto a la intersexualidad se desprende del relato de vida de Adrián. Él ve a la intersexualidad como una enfermedad. Su posicionamiento se articula con los discursos médicos y jurídicos que conciben a la intersexualidad como una “anomalía”, como un “trastorno” que se debe “curar” a través de la intervención quirúrgica. Es importante señalar que la configuración identitaria sexo-genérica de Adrián está influenciada por los imaginarios “coloquiales” y sociales del “hermafrodita”. Se trata de una persona con dos

⁶⁴ Entrevista personal, Julia, persona intersexual, Manta, mayo de 2016.

genitales externos, rechazando esta connotación y manifestando que él no es una persona intersexual. Según su criterio presenta una enfermedad que requiere la “cura” para “normalizar” su cuerpo y ser feliz. La cirugía para Adrián es un espacio de aceptación, no de transgresión.

Y el tercer posicionamiento es el de Julia, en este se entiende cómo los discursos se imbrican entre sí, mostrando una hibridez en su manera de interpretar la intersexualidad. En este sentido, Julia se considera una mujer intersexual y además activista del movimiento GLBTI en Manta. Sus consideraciones responden tanto a los enunciados del colectivo intersexual que dicen estar en contra de las cirugías de asignación sexual, como a las otras personas intersexuales que están a favor de estas cirugías. Con Julia se evidencia que no hay una sola forma de ser intersexual. Según su criterio, la identidad intersexual se construye entre los discursos de la medicina/ley y los discursos del colectivo intersexual, por tanto, no calza nítidamente en ninguno de los dos.

Por lo tanto, se puede concluir que estas tres posturas frente a la intersexualidad no son excluyentes entre sí, sino que en ciertos momentos se trastocan y muestran que los discursos y vivencias personales no siempre calzan nítidamente con los discursos médicos/jurídicos, ni con la postura del colectivo intersexual. En este sentido, se corroboraron diferentes modos de interpretar las consideraciones, que a su vez se configuran con otros elementos como la clase social y la geografía. Las personas intersexuales entrevistadas son de escasos recursos económicos y fueron atendidas en hospitales públicos de Quito, Guayaquil y Manta. Por eso, la constitución/configuración de identidades está influenciada por varios elementos, no sólo por el sexo y el género, sino por los lugares de origen, por la clase social, etc; lo cual hace que se tengan varias formas de interpretar a la intersexualidad.

Conclusiones

¿Es niño o niña? Esta pregunta tan común y aparentemente sencilla es mucho más complicada de lo que se cree. En esta tesis se ha mostrado lo complejo que resulta responder a esta interrogante y todo lo que ocasiona, tanto institucional como personalmente, en el caso de personas intersexuales. Tomando distancia de nociones dicotómicas y patologizantes, en esta investigación se ha entendido a la intersexualidad como variaciones (cromosómica, gonadal, genital) naturales del cuerpo humano. Se entiende por variación del sexo biológico a las más de sesenta formas que pueden tener los cuerpos sexuados. Por ejemplo: personas que nacen con cromosomas XY y al mismo tiempo genitales externos femeninos. Son criadas como mujeres y solo en la adultez descubren su condición de intersexual, cuando una ecografía revela que en lugar de poseer útero y ovarios, esta mujer tiene testículos “escondidos” en la parte abdominal.

En este sentido, se ha buscado aclarar que el imaginario mítico del “hermafrodita”, esa persona con genitales externos masculino y femenino (pene y vagina), no engloba todos los casos de personas intersexuales y, más aún, representa una minoría, aunque algunos médicos describen este tipo de variación como “hermafroditismo verdadero”. Esto quiere decir que la intersexualidad es mucho más diversa, compleja y menos evidente de lo que usualmente se cree.

El argumento central que se ha desarrollado en esta tesis es que los discursos y prácticas médico-jurídicos en torno a la intersexualidad no responden a “verdades científicas”, sino más bien a construcciones sociales de género y a una concepción dicotómica de la sexualidad a partir de la cual se busca encasillar y “normalizar” a las personas intersexuales en Ecuador. Esto conlleva a transformar su variación biológica en una de las dos categorías normativas de ser persona: hombre o mujer. De esta manera, las comprensiones médicas hegemónicas y binarias del sexo son legitimadas por el aparato jurídico, a través de leyes que exigen la determinación de un sexo, femenino o masculino, para solo entonces otorgar el estatus de persona y ciudadano/a, y así garantizar derechos.

En Ecuador, las variaciones naturales del cuerpo biológico, que caracterizan a las personas intersexuales, son entendidas por la mayor parte de lo/as profesionales de la salud como “anomalías”, “enfermedades” y “trastornos” que se dan desde el nacimiento, por lo que se considera que hay que “tratar” y “curar”, a través de la intervención quirúrgica y/o

tratamientos hormonales. Estos nacimientos son considerados de “interés” y “emergencia médica” por razones legales y psicosociales que no responden, salvo contadas excepciones, a problemas de salud. En otras palabras, las intervenciones “normalizadoras” no “curan” cuerpos supuestamente “enfermos”, sino que buscan restablecer un “orden” sexo-genérico y social, eliminando las “peligrosas” variaciones del cuerpo humano y las identidades sexuales y de género. Si estas variaciones fuesen aceptadas, confrontarían a una sociedad organizada en nociones binarias y heteronormativas.

En efecto, la matriz heteronormativa (Butler) impone un modelo corporal y una identidad coherente entre sexo-género-deseo-prácticas sexuales. Este modelo busca existencias e identidades lineales, donde un sexo, supuestamente ordenado, fijo y natural, esté acorde con una identidad de género igualmente estable y con una orientación heterosexual. Con esto se busca que las personas intersexuales, intervenidas y “normalizadas”, puedan producir y reproducir para el sistema capitalista que, a la par de las “verdades científicas”, impone un modelo de bio humanidad en el cual la heteronormatividad es enaltecida y concebida como natural y lícita y resulta el ideal al cual todos/as deben propender. El ideal de conformar una familia y tener hijos, como señalaron algunos médicos/as y también algunas personas intersexuales, es muestra de la reproducción de discursos hegemónicos.

Siguiendo esta lógica binaria, lineal y heteronormativa, la mayoría de médicos/as entrevistados/as en los hospitales públicos de Quito, Portoviejo y Manta manifestaron que si no se asigna un sexo a los recién nacidos intersexuales, estos/as corren el riesgo de “sufrir” problemas legales y psicológicos, pues, siguiendo al famoso médico estadounidense John Money, consideran que la identidad sexual se configura hasta los dos años de edad. Por esta razón, aseguran que la asignación sexual debe hacerse en el menor tiempo posible, y sostienen que el intersexual en la adultez podría “volverse loco” por la variación de características de los “dos sexos en un mismo cuerpo”. Además, de acuerdo a la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles de Ecuador, lo/as especialistas tienen 72 horas para registrar el nacimiento de un bebé dentro de las dos únicas categorías sexuales que existen en el registro de nacido vivo del INEC, femenino o masculino. De no hacerlo, el médico/a o la persona que atendió el parto es sancionado/a administrativa, civil o penalmente. Así, la ley se convierte en el poder productor-regulador a través del cual se conserva la dualidad de los sexos.

En este sentido, esta tesis ha utilizado la noción de biopoder (Foucault) para explicar la manera en que el Estado, a través de la medicina y el derecho, crea saberes y “verdades” que

luego sirven para regular y controlar la vida y los cuerpos de las personas. El biopoder crea incluso sujetos “normales” y “anormales” que sirven para organizar la vida social, promoviendo un “orden” que privilegia a unos y excluye a otros.

Así, las corporalidades de las personas intersexuales son transformadas a través del “calzador quirúrgico” (técnicas empleadas en la operación de los recién nacidos intersexuales cuya finalidad es quitar la “ambigüedad” y construir unos genitales exclusivamente masculinos o femeninos), que permitirá el acceso a derechos y consecuentemente a ser considerados/as ciudadanos/as. En ese sentido, el feminismo ha sido de vital importancia para cuestionar esta noción de ciudadanía, y evidenciarlo como un concepto que está configurado por la dicotomía sexual que ha invisibilizado no solamente a las mujeres, sino también a las diversas corporalidades, identidades, orientaciones y prácticas sexuales que no estén acorde a la consideración heteronormativa de ser persona.

En el desarrollo de esta investigación se encontró que incluso desde el activismo GLBTI y la academia ecuatoriana, el tema de la intersexualidad es ignorado, en el mejor de los casos, o simplificado y malentendido. A pesar de que en los últimos años se ha dado gran atención y visibilidad al tema transgénero, el tema de la intersexualidad sigue estando ausente. Esto se lo puede constatar en propuestas importantes del colectivo GLBTI, que impulsan el reconocimiento de las identidades y por ende los derechos de las personas transgénero (“Mi género en mi cédula”, por ejemplo). Realmente se revisa y cuestiona la dualidad sexo-género, pero no la binariedad sexual. Esto se constata además en las escasas investigaciones y artículos académicos, algunos de los cuales aceptan con poca crítica las cirugías (“normalizadoras”) a los recién nacidos intersexuales.

Además se buscó determinar si existen diferencias y semejanzas en cuanto a las prácticas y procedimientos que se tienen acerca de la intersexualidad en los tres hospitales públicos Baca Ortiz (Quito), Verdi Cevallos (Portoviejo) y Rodríguez Zambrano (Manta) mencionados. Al respecto se encontraron las siguientes semejanzas: la tendencia en los hospitales es intervenir quirúrgicamente a los recién nacidos intersexuales, en muchos casos estas intervenciones no cuentan con pruebas médicas (genéticas, hormonales, radiológicas etc.) sobre todo en los hospitales de Manabí, que no tienen laboratorios genéticos para el efecto. Además de la intervención quirúrgica, al no existir un protocolo médico estandarizado se cree que estas intervenciones en muchos casos son para mejorar la estética de los genitales externos.

En esta investigación también se encontró que algunos médico/as tienen una visión distinta a la concepción hegemónica y patologizadora de la intersexualidad. En el hospital de Portoviejo, un médico entrevistado sostuvo que la intersexualidad no es una enfermedad, y no está relacionada a la salud física, ni a riesgos que impliquen la vida de estas personas, sino que se trata de un “problema social”. Pero justamente basándose en esta idea, este médico insiste que la intervención quirúrgica es necesaria para asegurar la aceptación social de las personas intersexuales dentro de la sociedad, y para que puedan desarrollar su vida con normalidad. Desde sus consideraciones deben calzar en el orden binario manifestado en toda la estructura social: en los servicios higiénicos, en las filas para las elecciones, en los formularios para acceder a los servicios sociales, en los registros de nacimiento y muerte, en los contratos de trabajo, en la arquitectura, en las políticas públicas, etc.

De hecho, en varias de las entrevistas con personas intersexuales se evidenció esta misma idea de no encajar y buscar encajar en el binario social. Santiago y Asley manifestaban que se sentían como “bichos raros” al no desarrollar su cuerpo como todos sus demás compañeros de colegio y que incluso realizar acciones tan cotidianas como ir al baño representaban para ellos verdaderos calvarios. Ambos consideran que la violencia ejercida por sus compañeros/as y por la sociedad en general es una de las formas más rudas y coercitivas de imponer el orden binario de género. Por esto mismo, Adrián ve en las intervenciones quirúrgicas “normalizadoras” una oportunidad para vivir feliz con su novia y agradece a los médicos/as por realizarlas.

En cambio, Asley y Santiago cuestionan las intervenciones quirúrgicas realizadas a los bebés intersexuales y las califican de violentas, manifestando que son las propias personas intersexuales y no los médicos/as, las que deben elegir su sexo. Los dos ven a la intersexualidad como una ventaja frente a las demás personas. Por ejemplo, Asley dice que entiende tanto a hombres como a mujeres por igual y que es debido a su condición intersexual que posee esta ventaja. Él ve a la intersexualidad como una forma distinta de vivir, de sentir y de expresarse. Santiago manifiesta que la intersexualidad es algo “hermoso” que le ha ocurrido en su cuerpo; la califica como un “don” con el que puede jugar entre lo masculino y femenino. Por su parte Julia se autodenomina “mujer intersexual” y considera que la intersexualidad no es una enfermedad sino una posibilidad de elegir sobre el cuerpo y la identidad; es una forma de posicionarse dentro de las categorías hombre/mujer/intersexual.

Todo esto muestra las tensiones existentes entre poder/resistencia, poder/subjetividad, poder/agencia, que implica que las personas no responden como autómatas a las estructuras normativas de poder, sino que las adoptan e interpretan de diferentes maneras, aceptándolas total o parcialmente, repitiéndolas, reinterpretándolas e incluso rechazándolas.

Las comprensiones, vivencias, respuestas y agencia de las personas intersexuales vienen determinada también por su condición socioeconómica y su lugar de origen. Las cuatro personas entrevistadas tienen una condición socioeconómica similar. Todas provienen de familias de escasos recursos económicos por lo que fueron atendidas en hospitales públicos del país, donde no existen recursos suficientes, ni equipos tecnológicos para realizar los exámenes médicos pertinentes. Además, esto hizo que por muchos años las intervenciones quirúrgicas a los recién nacidos se realicen sin el consentimiento de los padres/madres, que muchas veces son personas con bajo nivel de educación formal y originarios de sectores rurales. Por ello y según algunos médicos entrevistados estos padres/madres “no van a entender”, razón por la cual tampoco parece importante consultarles o pedir su consentimiento.

En este sentido, el saber-poder médico y la relación establecida con las técnicas de intervención en el cuerpo generan una relación de subordinación médico-paciente, “en la que el paciente se constituye en el dependiente del médico, quién tiene el poder del conocimiento y “solucionará” el problema del “paciente” (Belmartino 1987, 198).

Además, los médicos/as entrevistadas/os tienen la creencia de que un hombre con micropene no va a sentirse realizado como tal, al no satisfacer sexualmente a su esposa. Por ello, la cirugía es vista como el acceso de las personas intersexuales a poder tener una vida “normal”. Todo esto muestra que el tema de la intersexualidad no es un tema médico. Al contrario, es un tema social que involucra a una serie de cuestionamientos culturales e incluso religiosos que tienen que ver con la dicotomía sexo-género y sobre todo con la expectativa social. Esto evidencia que los médicos/as no buscan una “verdad científica” a través de las distintas pruebas clínicas “obligatorias” como el cariotipo, las ecografías, los exámenes hormonales etc., sino que reproducen acríticamente las nociones sociales y culturales de género y además la relevancia que se otorga a la heterosexualidad como única y legítima forma de sexualidad.

No obstante, en esta investigación se encontró que desde hace muy poco tiempo (dos años aproximadamente) existe un cambio en los tres hospitales públicos -Baca Ortiz, Verdi

Cevallos y Rodríguez Zambrano- frente a las personas intersexuales, en cuanto a la información oportuna y adecuada que deben recibir los padres/madres de los recién nacidos. Se ha puesto en práctica el consentimiento para intervenir el cuerpo del recién nacido y sean los representantes legales quienes decidan finalmente el sexo de su hijo/a.

Este cambio se promovió luego de una demanda administrativa realizada por los padres de Asley en contra del médico que, sin informar, ni pedir el consentimiento de los progenitores decidió operar y asignarle el sexo masculino. Este caso es paradigmático en el país para la atención a las personas intersexuales, porque a partir del proceso judicial es que se empieza a abordar el tema en el Ministerio de Salud Pública, pero sobre todo desde Quito.

Como esta postura es reciente, hasta el momento no existen protocolos médicos de atención estandarizados o algún reglamento interno en las oficinas del Registro Civil que indiquen el procedimiento para inscribir a las personas intersexuales. Por ello, registrar a una persona y volverla ciudadano con derechos todavía está supeditado a que esta persona tenga sexo masculino o femenino. Además, en lugares alejados de la capital probablemente se sigue operando bebés intersexuales, sin el consentimiento de sus padres/madres.

Aunque esta forma de proceder desde la medicina y el derecho se repiten todavía en muchas partes del mundo, también existen países donde se responde de manera diferente a la intersexualidad. En Alemania, por ejemplo, se permite que las personas intersexuales no se encasillen dentro de las categorías hombre o mujer, dejando en blanco el casillero de sexo. De esta manera se favorece que sean las personas intersexuales quienes decidan sobre su identidad y corporalidad cuando sean mayores de edad. En Chile, desde al año 2015 el Ministerio de Salud Pública ordenó detener las cirugías de "normalización" a los recién nacidos intersexuales, con la finalidad de que sean ellos quienes a futuro escojan su sexo.

Para terminar, hay que resaltar que decidir si un bebé intersexual es niño, niña o ninguno de los dos depende de la aceptación social frente a las diversas formas de cuerpos e identidades existentes. A través de esta investigación se ha intentado dar cuenta de la magnitud violenta que presentan las dicotomías sexuales e identidades fijas, pues guían hacia prácticas sociales excluyentes e incluso hacia intervenciones médicas mutiladoras, como sostienen algunos activistas intersexuales. Por eso resulta importante pensar un mundo alejado de pensamientos y concepciones binarias, para así apreciar lo maravilloso que representa la diversidad en todas sus manifestaciones.

Glosario

DSD. Trastornos del desarrollo sexual

CIDH. Comisión Interamericana de Derechos Humanos

HVCB. Hospital Verdi Cevallos balda

HRZ. Hospital Rodríguez Zambrano

HPBO. Hospital Pediátrico Baca Ortiz

LGBTI. Colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales

INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

ISNA. Intersexual association of North America

MSP. Ministerio de Salud Pública

Lista de referencias

- Aguilera, Rafael. 2012. Las transformaciones del Estado contemporáneo: legitimidad del modelo de Estado neo constitucional. *Revista de Filosofía Derecho y Política* 15. México: 3-25. <http://universitas.idhbc.es/n15/15-02.pdf>.
- Amigot, Patricia, Margot Pujal. 2010. El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. *Revista Quaderns de Psicologia* 2. Barcelona: 131-148.
- Argüello, Sofía. 2013. “El proceso de politización de la sexualidad: identificaciones y marcos de sentido de la acción colectiva”. *Revista Mexicana de Sociología* 75. México: 173-200.
- _____.2014. “¿Tiene sexo el Estado? Imbricaciones entre las luchas políticas transgénero y el Estado en Ecuador, 2002-2013”. En *Formas reales de dominación del Estado. Perspectivas interdisciplinarias del poder y la política*, editado por Estrada Marco y Alejandro Agudo, 111-149. México: El Colegio de México.
- Barragán, Rossana y Ton Salman. 2008. “El método biográfico: historias, relatos, trayectorias de vida, biografías”. En *Guía para la formulación y ejecución de los proyectos de investigación*, editado por Rossana Barragán, 166-170. La Paz: Fundación PIEB.
- Barragán, Rossana, Ton Salman, Virginia Ayllón, Julio Córdova, Erick Langer, Javier Sanjinés y Rafael Rojas. 2008. *Guía para la formulación y ejecución de los proyectos de investigación*. La Paz: Fundación PIEB.
- Ben Pablo.2000. “Muéstrame tus genitales y te diré quién eres. El hermafroditismo en la Argentina finisecular y de principios de siglo XX. En *Cuerpos, géneros e identidades*. 15-125. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Bernal Crespo, Julia Sandra.2011. Estados intersexuales en menores de edad: los principios de autonomía y beneficencia. *Rev. Derecho, Barranquilla*, n.36, Dic. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-86972011000200005&lng=en&nrm=iso.
- Belmartino, Susana. (1987). Modelo médico hegemónico. *Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 197-200.
- Burgos, Elvira. 2008. “Qué cuenta como una vida. La pregunta por la libertad”. En Judith Butler, editado por Antonio Machado. Madrid: A. Machado Libros.
- Barrancos, Dora. 2005. “Identidad e identidades”. En *Búsqueda de sentido para una nueva política*, editado por Diana Maffía, 219-243. Buenos Aires: Paidós.

- _____. 1998. "Heterosexism, misrecognition and capitalism: a response to Judith Butler". *New Left Review*, 1 (228): 123-136. <https://newleftreview.org/I/228/nancy-fraser-heterosexism-misrecognition-and-capitalism-a-response-to-judith-butler>
- Butler, Judith. 1997. "Sujetos de sexo/género/deseo". *Feminaria*, 19: 1-20. <http://www.editorialfeminaria.com.ar/revista/revistas/019/019.pdf>.
- _____. 1998. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- _____. 2010. Prólogo *Transexualidad transformaciones*. En *El género desordenado*. Madrid: Miskel y Gerard Colli-Planas, 9-15.
- Cabral, Mauro. 2004. "De monstruos conjurando: Intersexualidad y biotecnologías de la identidad". *Revista Mora* 9/10. Buenos Aires.
- _____. 2003. Los sexos ¿son o se hacen? En *Sexualidades migrantes: género y transgénero*, 86-96. Buenos Aires: Paidós.
- _____. 2005. Cuando digo intersex. Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, (24), 283-304. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100013>.
- _____. 2009. *Escrituras de la intersexualidad en castellano*. En *Interdicciones* Córdoba: Anarrés.
- Canguilhem, Georges. 1971. *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Casares, Blanca. 2006. *Antropología del género: Cultura, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cornejo, Marcela, Francisca Mendoza y Rodrigo Rojas. 2008. "La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico". *Psyche*, 17: 29-39. doi: 10.4067/S0718-222820060001000326.
- Curiel, Ochy. 2002. "Identidades esencialistas o construcción de identidades políticas: El dilema de las feministas negras". *Otras Miradas* 2 (2): 96-11.
- Dreger, Alice Domurat. 1998. "«Ambiguous Sex» – or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality". *The Hastings Center Report* 28: 24-35, mayo-junio. http://www.isna.org/articles/ambivalent_me-dicine
- _____. 2011. ¿Is Anatomy destiny? http://www.ted.com/talks/alice_dreger_is_anatomy_destiny.
- Distrito Metropolitano de Quito, ordenanzas para la población GLBTI. [http://www.quitogay.net/Ordenanza\(1\).pdf](http://www.quitogay.net/Ordenanza(1).pdf)

- Fausto-Sterling, Anne. 2006. "Duelo a los dualismos". En *Cuerpos Sexuados*, 15-46. Barcelona: Melusina.
- _____. 1993. "The five sexes: Why male and female are not enough. In *The Sciences*. <http://chnm.gmu.edu/courses/ncc375/5sexes.html>
- Foucault, Michel. 1995. *Historia de la sexualidad. Tomo 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- _____. 2007. "El sexo verdadero". En *HerculineBarbin. Llamada Alexina B*, editado por Antonio Serrano, 11-20. Madrid: Talasa.
- _____. 1996. La verdad y las formas jurídicas. <http://www.hechohistorico.com.ar/archivos/Foucault%20-%20La%20verdad%20y%20las%20formas%20jur%C3%ADdicas.pdf>.
- Gamsci, Antonio. 1967. *La formación de los intelectuales*. Ciudad de México: Grijalbo.
- Guercio Gabriela, Mariana Constanzo, Alicia Belgorosky y Marco Rivarola. (2010). *Anomalías de la diferenciación sexual: Nuevos conceptos y manejo clínico*. <http://www.endopedonline.com.ar/img/n26/rev26.pdf>.
- Hernández Violeta. 2009. "Intersexualidad y prácticas científicas: ¿Ciencia o ficción?" *Revista RIPS*. 8:89-102. <http://www.redalyc.org/pdf/380/38011446008.pdf>.
- Hinkle Curtis, Diana Maffia, Alejandro Modarelli, Lohana Berkins, Pedro Paradiso, Emiliano Litardo. 2010. *Un cuerpo, mil sexos: intersexualidades*. Comp Jorge Raices. Buenos Aires Editorial Topia.
- Jelin, Elizabeth. 1996 "La construcción de la ciudadanía: entre la solidaridad y la responsabilidad" E. Jelin y E. Hershberg. En *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Caracas, Nueva Sociedad.
- Juliano, Dolores. 2010. "El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología". *Revista Quaderns de Psicología*. 12:149-160. <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/772>
- Kessler Suzzane. 1998. "The medical construction of gender". En *Lesson from the intersexed*, 12-32. Chicago: Chicago University.
- _____. 1995. "Meanings of gender variability Constructs of sex and gender" San Francisco. The Society for the Scientific Study of Sexuality, november. <http://www.isna.org/books/chrysalis/kessler>
- Laqueur, Tomás. 1994. *Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud en La construcción del sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia

- Lerussi Romina. 2014. Matriz Heterosexual y matriz heterojurídica intervenciones conceptuales feministas para repensar el empleo doméstico. *Sapere Aude - Revista de Filosofía*, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 220-239, jun. 2014.
<http://200.229.32.55/index.php/SapereAude/article/view/7591/0>.
- Maffía, Diana. 2003. *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria 21.
- _____. 2005. “El contrato moral”. En *Búsqueda de sentido para una nueva política*, editado por Elisa Carrión y Diana Maffía, 57-100. Buenos Aires: Paidós.
- _____. 2011. “Sexo, género, diversidades y disidencias sexuales” video conferencia.
<https://www.youtube.com/watch?v=LFiUR4Nzho>.
- ISNA. Intersex Society of North América. 2008. Estados intersexuales y los tratamientos médicos dominantes. Caso I, parte III. <http://www.isna.org/node/34>.
- Olsen, Frances. El sexo del derecho. En: Ruiz, Alicia (comp.), *Identidad femenina y discurso jurídico*. Buenos Aires: Biblos, 2000, 25 – 43.
- Pérez, Amalia. 2006. *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Posada, Luisa. 2014. “Teoría Queer en el contexto Español. Reflexiones desde el feminismo”. *Revista Internacional de Filosofía* 63.
<http://revistas.um.es/daimon/article/viewFile/190041/168811>
- Portales, Rafael Enrique Aguilera, and Joaquín González Cruz. "Derecho, verdad y poder en la teoría político-jurídica de Michel Foucault." *A Parte Rei: revista de filosofía* 74 (2011): 7.
- Pujadas, Juan .2002. “El método biográfico. El uso de las historias de vida en ciencias sociales”. En *Cuadernos metodológicos*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Quiroz Jorge. 2011. Frecuencia y manejos de hipospadias en pacientes del área de cirugía pediátrica del Hospital provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo. Período abril del 2009 a marzo del 2011. Tesis de grado. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Quivy, Rayrmond y CanpenhoudtLuc Van .2005. “Las entrevistas exploratorias”, en *Manual de investigación en ciencias sociales*. Limusa Noriega E.: México. Pp. 64-82.
- Rich, Adrienne. 1986. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. En *Blood, Bread, and Poetry. Selected Prose 1979- 1985*, editado por Adrienne Rich, 23-75. Nueva York: Norton.

- Rivero Paulina y Ruy Pérez. 2006. *Ética y Bioética*. Documento electrónico
<http://investigacionfacmed.com.mx/wp-content/uploads/2015/04/002-Etica-y-Bioetica.pdf>.
- Rubin, Gayle. 1989. "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, editado por Carole Vance, 113-190. Madrid: Revolución.
- Stolcke, Verena. 2003. "La mujer es puro cuento: La cultura del Género" *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, serie monografic: A propòsit de cultura 19, 1-25.
- Vásquez, Elizabeth. (2010). "Definición de transfeminismo" en *Cuerpos Distintos: Ocho Años de Activismo Transfeminista en Ecuador*. Quito, Proyecto Transgénero y Confederación Ecuatoriana de Comunidades Trans e Intersex.
- Vásquez García, Francisco. 2015. "Más allá de la crítica de la medicalización, neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual". *Revista de Teoría Crítica*.
http://www.academia.edu/7430645/_M%C3%A1s_all%C3%A1_de_la_cr%C3%ADtica_de_la_medicalizaci%C3%B3n._Neoliberalismo_y_biopol%C3%ADticas_de_la_identidad_sexual
- Viteri, María Amelia. 2008. "Queer no me da": Traduciendo Fronteras Sexuales y Raciales en San Salvador y Washington D.C. en *Estudios sobre Sexualidad en América Latina*. 91-108.
- Warner, Mario. 1993. *Fear of a Queer Planet. Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Wittig Monique. 1990. La categoría de sexo en L'Idiot International (mayo 1990), Por un movimiento de liberación de las mujeres, 21-29.
<https://we.riseup.net/assets/109649/la%20categor%C3%ADa%20de%20sexo-bklt.pdf>.
- _____. 2006 [1992]. "El pensamiento heterosexual y otros ensayos". Madrid: Eagles.
<http://www.caladona.org/grups/uploads/2014/03/el-pensamiento-heterosexual-y-otros-ensayos-m-wittig.pdf>.