García Dauder, Silvia; Romero Bachiller, Carmen y Ortega, Esther (2007). Cossos insubmissos i mutilació genital: La regulació tecno-mèdica dels cossos sexuats. En J.M. Armengol (coord.), *Masculinitats per al segle XXI* (35-45). Barcelona: CEDIC.

Cuerpos insumisos y mutilación genital:
La regulación tecno-médica de los cuerpos sexuados.

Silvia García Dauder, Carmen Romero Bachiller y Esther Ortega

-«El bebé, ¿es niño o niña?».

-«No lo sabemos, todavía no nos lo ha dicho».

(Bornstein, 1994: 46)

La pregunta «¿es niño o niña?» inaugura la entrada en sociedad de un recién nacido, y pone en marcha todo un conjunto de dispositivos que, reactualizados a lo largo de la vida mediante respuestas sexualmente dimorfas constantes y rutinarias, instauran a las personas como dotadas de un sexo concreto: el nombre propio, los pronombres, el DNI, los vestidos, las interacciones, las expectativas, etc. Pero, ¿qué ocurre cuando la respuesta a esa pregunta resulta problemática? La *intersexualidad* desborda los núcleos de inteligibilidad médicos, administrativos y, en general, sociales de nuestra cultura y moviliza mecanismos de disciplinamiento de cuerpos y control de poblaciones destinados a la regulación y normalización de cuerpos «insumisos» que no responden a la impuesta y «naturalizada» dualidad sexual.

I.

> «El hermafroditismo significa que un niño nace con su anatomía sexual *impropiamente* diferenciada. Es decir, que está sexualmente *inacabado*.» (Money y Ehrhardt, 1972:24).
>
> «De forma simplificada, pero práctica, pensaremos que estamos frente a este problema cuando ante un recién nacido tenemos dudas sobre su sexo, es decir, no sabemos si es niño o niña». (Piró Biosca, 2001:129).

A partir del extendido protocolo de 1955 del psicólogo médico de la John Hopkins, John Money, el nacimiento de un bebé intersexual se considera una «emergencia psicosexual neonatal» que moviliza a un equipo multidisciplinar de especialistas – obstetras, genetistas clínicos, pediatras endocrinólogos, cirujanos urólogos o ginecólogos y psicólogos. También a fotógrafos para que registren en los anales de la

estigmatización médica los genitales "erróneos" en primer plano –con algún que otro dedo. Este equipo debe examinar al bebé y dictaminar de forma urgente, inequívoca y definitiva «varón» o «mujer» como «sexo de asignación», y entonces informar a los padres sobre cuál es el «verdadero sexo» del bebé para que lo formen en su género correspondientemente. La tecnología médica, incluyendo cirugía y tratamiento hormonal, deberá entonces ser utilizada para hacer que el cuerpo del bebé se conforme lo máximo posible a ese sexo de asignación, y así convertirse en una persona «socialmente ajustada». Según este protocolo, una identidad de género *saludable* depende de una adecuada socialización familiar -femenina o masculina en función del sexo asignado-, de una «correcta» anatomía externa conseguida mediante cirugía y hormonas –en el caso de varones esto implica poder mear de pie y poder penetrar en relaciones coitales heterosexuales; en el caso de mujeres ser penetradas- y del establecimiento de un deseo heterosexual. En el estado español, en la mayoría de los manuales y revistas de medicina, los elementos fundamentales del protocolo de Money se mantienen como referentes[1]:

> «El nacimiento de un niño con *ambigüedad* sexual constituye un problema muy serio y una *urgencia*, no sólo médica sino socio-familiar, por la angustia que genera en los padres del recién nacido y por los problemas judiciales que se derivarían en caso de un error de diagnóstico, con el consiguiente cambio de sexo a nivel administrativo-judicial. Por tanto, es preciso no escatimar esfuerzos a la hora de realizar de forma rápida un diagnóstico exacto, decidir una asignación correcta de sexo y planificar los tratamientos médicos y quirúrgicos necesarios para conseguir un individuo *sano*, con unos genitales anatómica y funcionalmente *correctos* que le permitan vivir una vida adulta identificado física y psíquicamente con el sexo asignado». (Piró Biosca, 2001:129).

Así, los protocolos médicos de tratamiento para bebés intersexuales traducen la *variabilidad* sexual humana como estadios patológicos de *ambigüedad* genital producto de errores de desarrollo corregibles. Implican, por tanto, no sólo diagnóstico sino también intervenciones hormonales y quirúrgicas dirigidas al ajuste de unos cuerpos «insumisos»: formas de *mutilación* genital que *destruyen* genitales *intactos* están institucionalizadas, significadas y legitimadas en términos médico-científicos como *correcciones* quirúrgicas de genitales *deformes* que *crean* y desvelan el «sexo verdadero» (Kessler, 1997). Pero en la mayoría de los casos, estos genitales, que son

[1] Al margen que se cite o no al propio Money y con la salvedad de que la falta de recursos, especialmente en hospitales pequeños o regionales, no permite el establecimiento de equipos multidisciplinares estables, salvo en el caso de grandes complejos hospitalarios como el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona) o el Hospital La Paz (Madrid) (Gregori Flor, 2006).

etiquetados en el lenguaje médico como «ambiguos», «ofensivos», «embarazosos» o «vicios del desarrollo», no son en sí mismos dolorosos ni dañinos para la salud física[2]. El argumento médico para justificar intervenciones quirúrgicas muy dolorosas es la presión y angustia de los padres, la probabilidad esperada de que el niño sufra daño emocional debido al rechazo social y los problemas jurídico-administrativos. El presupuesto de estos protocolos es que el daño psicosocial producto del rechazo social es mucho mayor que el posible daño físico derivado de efectos iatrogénicos de la cirugía cosmética: un problema estético-social se «cura» médicamente (Kessler, 1998). Esto se vincula con el desplazamiento desde una concepción negativa de la salud como «carencia de enfermedad» hasta la propuesta por la OMS en 1947 como «un estado completo de bienestar físico, mental y social». De ahí que se justifiquen intervenciones que lejos de estar destinadas a «salvar la vida» o a «mejorar la calidad de vida», responden a «satisfacer las necesidades sociales», en este caso no tanto de los pacientes cuanto de la sociedad en su conjunto, en aras de preservar la verdad del dualismo sexual (Kessler, 1997).

II.

Pero la imposición *médica* de un *único* sexo verdadero –la monosexualidad- y de la *dualidad* sexual –sólo existen dos sexos- tienen una emergencia histórica reciente (Foucault, 1985; Dreger, 2001) y no se produce en todas las culturas (Herdt 1993). En España, en la Edad Media y en el Renacimiento se reconocía la existencia de dos sexos en un individuo -el hermafrodita como ser natural-, si bien se le exigía por ley la elección y el mantenimiento en un único sexo. Mediante la ceremonia de elección y juramento se le purificaba de la categoría «monstruo diabólico», y por tanto quedaba a salvo de los procesos inquisitoriales, a no ser que su hermafroditismo fuera fingido, que cambiase su sexo elegido o no se ajustase heterosexualmente a él (Vázquez y Moreno 1997). El siglo XVIII supone la negación «ilustrada» de la existencia del hermafrodita, figura del oscurantismo popular. No existen personas con dos sexos, lo que existen son deformaciones monstruosas de órganos genitales como consecuencia de problemas de desarrollo. La pregunta inquisitorial ¿es o no es hermafrodita? da paso a la pregunta

[2] Algunos de los síndromes clasificados como estados intersexuales pueden estar asociados a problemas de salud graves, como en casos de "Hiperplasia suprarrenal congénita" con pérdida salina –imposibilidad de procesar las sales necesarias para el cuerpo-. Pero la masculinización de los genitales que se produce en bebés con cariotipo XX afectados por este síndrome –medida de 0 a 5 en la escala de Prater-, no implica sino la introducción de una variabilidad genital no vinculada a ningún problema médico, sin embargo es intervenida y descrita como uno de los problemas más relevantes del síndrome.

médica ¿qué sexo verdadero se oculta tras esa deformidad? y, posteriormente, ¿puede ser corregido mediante intervención quirúrgica? El médico se instaura así como el experto que debe desvelar y asignar el sexo verdadero oculto tras la «deformación» genital, y las tecnologías médicas son determinantes en los criterios de asignación: de la «edad de las gónadas reproductivas» del XIX a la cirugía cosmética en la edad del «género hetero-genital» del XX.

Las condiciones de posibilidad, a mediados del siglo XX, del protocolo de Money, vienen marcadas por los avances en tecnologías médicas –fundamentalmente quirúrgicas- y por la teorización psicológica de una *identidad de género* estable, fija y para toda la vida –la experiencia *subjetiva* del sexo, independiente del sexo biológico y dependiente de la socialización familiar primaria-, cuyo período crítico de formación *irreversible* lo fijó Money a los 18 meses, estableciendo así la urgencia de la intervención (Money, Hampson y Hampson, 1955).

III.

En los textos médicos, la llamada «asignación correcta del sexo» está basada en la existencia de un «sexo natural» por desvelar, curiosamente por medio de tecnologías médicas. Pero lo que los discursos y las representaciones en los manuales médicos sobre «estados intersexuales» nos enseñan es precisamente la multiplicidad semiótico-material de ese supuesto único sexo verdadero, evidenciada cuando sus diferentes componentes no se corresponden. La verdad del sexo se apuntala en múltiples elementos heterogéneos y diversas tecnologías de visibilización y diagnóstico que podríamos reconocer con la metáfora del «uno-múltiple» (Mol, 2002): generado diversamente por tecnologías de fijación y diagnóstico no inmediatamente equiparables pero entre las que existen «conexiones parciales» (Strathern, 1991). Así, el diagnóstico correcto del sexo natural ¿se refiere al sexo *cromosómico*, al sexo *hormonal*, al sexo *morfológico* genital, a la configuración de los órganos *reproductivos* internos, al sexo *gonadal*? Al igual que en el protocolo Money, las recomendaciones de los expertos españoles son:

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

La progresión sexo-género se invierte en estos protocolos como género-sexo-género. La preeminencia para la asignación médica del «sexo verdadero» son las expectativas culturales sobre el género, en concreto un ajuste social basado en la morfología externo

genital –y aquí el tamaño del pene importa, e importa mucho-. Según la «falométrica», un «micropene» inferior a 2,5 centímetros al nacer se considera socialmente inviable, con la consiguiente decisión médica de reasignación como «niña» -independientemente del sexo cromosómico- y la reducción clitoridiana correspondiente: el micropene pasa a describirse a partir de ahora como un clítoris hipertrofiado (Fausto-Sterling, 2000). Así, la asignación del sexo verdadero y natural se basa en el significado sociocultural de un rasgo físico: el tamaño del pene y la capacidad de tener relaciones sexuales coitales heterosexuales. La conformación de lo femenino como una condición de falta lleva a los médicos a asignar al 90 % de los bebés anatómicamente ambiguos como «mujeres» mediante la eliminación de tejido genital –cliterectomías totales o parciales, recesiones clitoridianas y vaginoplastias (Fausto-Sterling, 2000). En palabras de uno de los miembros del equipo intersexual de la John Hopkins: «Puedes hacer un agujero, pero no puedes construir una verga» (Hendricks, 1993:15). O en términos políticamente correctos:

> «En general, la asignación definitiva de sexo decanta hacia la asignación del sexo femenino, excepto en los casos en que está garantizada una función sexual masculina correcta. Siempre se ha pensado que es más sencillo *técnicamente*, y mejor para el individuo, construir unos genitales femeninos (tanto desde el punto de vista anatómico como funcional) que un pene cosmética y funcionalmente correcto». (Piró Biosca, 2001:130).

Tanto en estos protocolos como en múltiples manuales sobre el tratamiento de los estados intersexuales se postula que un niño varón con un pene de tamaño muy pequeño o que no pueda mear de pie no podrá nunca llevar a cabo un desarrollo psicológico sano debido al rechazo social y a las burlas. Pero, como señala Cheryl Chase (2000: 124), «lo que produces es a alguien que tiene un cuerpo que es vagamente de mujer, es infértil, no menstrua, probablemente no tenga ninguna función sexual, puede tener dolores en los genitales, y ha sido mentido y avergonzado. ¿Es esto menos doloroso que tener un pene pequeño? Creo que se considera menos dañino porque el dolor de las mujeres es minusvalorado. Una vez que se ha transformado en dolor de mujer, ya no importa tanto». El presupuesto es que si alguien no puede llegar a desempeñar suficientemente bien el rol social de "varón" o las tecnologías no lo pueden convertir en tal cosa, siempre se puede hacer una mujer cortando lo que sobra. En este caso, parece que la sustracción provoca algo más real que la adición (Kessler, 1998). Pero ¿es más sencillo técnicamente crear unos genitales femeninos o los criterios de exigencia para la

adaptación al rol masculino son mayores? El sexismo de los médicos hace que no se cuestionen sin embargo si un clítoris grande prepara a una niña para su rol femenino o para una función sexual correcta, enfatizan por el contrario su apariencia fea o bella. Si el pene de pequeño tamaño "da pena", el megaclítoris es percibido en términos estéticamente peyorativos, es "ofensivo", "aberrante", etc. (Kessler, 1998). El mayor significado sociológico del pene ha supuesto una vigilancia mucho más estricta y la proliferación de medidas estándares[3] y, al contrario, el menor significado social de las partes femeninas ha implicado una mayor tolerancia a la variabilidad (Kessler, 1998). Paradójicamente el sexismo en la investigación ha proporcionado un menor control sobre los tamaños normativos de clítoris (las primeras tablas sobre valores normativos de tamaños de clítoris no aparecieron hasta 1980, cuarenta años después que la aparición de mediciones de penes), si bien un mayor énfasis en su apariencia. Kessler plantea además hasta qué punto la emergencia de medidas antropométricas de clítoris puede tener el efecto contraproducente de aplicar cirugía "normalizadora" donde antes no se hacía. Por otro lado, el sexismo, y el coitocentrismo, en los tratamientos se ve también en las evaluaciones de las vaginoplastias en términos de suficiente profundidad para albergar un pene. Si bien la construcción de neovaginas parece no tener las dificultades de la construcción de penes, el problema está en el mantenimiento de las mismas (Fausto-Sterling, 2000; Gregori, 2006).

El progreso tecnológico ha convertido a los médicos en mejores lectores de los patrones de la naturaleza en el diagnóstico del sexo verdadero. Pero «¿por qué la solución para genitales variables reside en el cuchillo y no en las palabras?» (Kessler, 1998). ¿En qué medida influye el compromiso con el concepto de progreso médico –y la historia de la cirugía cosmética- y con el de genitales dimórficos heterosexuales? El natural cuerpo intersexual se considera un artificio, un error de la naturaleza, en el cual el sexo «natural», «verdadero» o «correcto» debe producirse artificialmente. Es la tecnología médica la que se encarga, mediante la reconstrucción hormonal y quirúrgica, de «sexuar» al cuerpo «no-sexuado» intersexual, ajustándolo a un sexo «natural» y «verdadero», asignado médicamente en función de las expectativas de género heterosexuales –fundamentalmente la falométrica- y los avances en tecnologías médicas:

[3] Ver diferentes estudios antropométricos del pene en http://www.encolombia.com/urologia8299-estudio.htm

> «Últimamente se está reconsiderando este criterio [la asignación mayoritaria del sexo mujer por facilidades técnicas], por dos razones fundamentales. Por un lado, se *ha constatado que la impregnación hormonal del cerebro fetal condiciona la orientación sexual definitiva del individuo*. Hay estudios realizados en niñas afectadas de hiperplasia adrenal congénita (HSC) que en la infancia tienen un comportamiento más similar a los varones de su edad que a las niñas. Asimismo, en la vida adulta hay un incremento de la bisexualidad o de la homosexualidad en estas pacientes. Por otro lado, *los buenos resultados quirúrgicos obtenidos con la construcción de penes aceptables* (cosmética y funcionalmente) mediante implantes bien inervados y vascularizados, de piel del antebrazo o de la pared abdominal, abren camino para la posibilidad de reconstrucción quirúrgica en el sentido masculino en determinados pacientes.» (Piró Biosca, 2001:130).

Según esta cita, los criterios de asignación sexual -en pacientes con HSC, cromosómicamente XX pero cuyo síndrome las masculiniza- están cambiando por dos motivos: por el peligro de homosexualidad y por los avances en cirugía urológica en la construcción de «penes aceptables» –desarrollados fundamentalmente en los tratamientos de cambio de sexo a personas transexuales-[4]. De nuevo los criterios de heterosexualidad obligatoria y los avances tecnológicos se constituyen en los determinantes de la asignación sexual[5]. Pero la pregunta es, ¿del discurso de los médicos se deduce la creencia de que están asignando realmente el sexo *verdadero*? La siguiente cita es muy significativa a este respecto:

> «Estos son, hoy por hoy, de forma muy resumida, los esquemas de tratamiento quirúrgico de los niños afectados de ambigüedad sexual. Sin embargo, quizás para un futuro no tan lejano (...) en algunos casos muy concretos, se podrá asignar el sexo masculino a un niño con escaso desarrollo peneano, ya que las nuevas técnicas

[4] "Trastorno de la identidad de género" ("disforia de género" o "transexualidad") y "estados intersexuales" (o "trastornos del desarrollo sexual") son dos categorías nosológicas que regulan los tránsitos y las ambigüedades entre sexos/géneros, con un pasado convergente y que movilizan a los mismos expertos y tecnologías (en concreto, la tríada psiquiatra-endocrino-cirujano y su correlato conducta-hormonas-anatomía externa en los llamados "trastornos de identidad de género"; y la tríada cirujano pediatra-endocrino-psicólogo y su correlato anatomía externa-hormonas-conducta en los llamados "estados intersexuales"). No obstante, sus protocolos de actuación difieren en aspectos muy importantes: principalmente, en la relación médico-paciente y en la gestión de la información (el grado de secretismo respecto a algunos aspectos clave y la información sobre las limitaciones de las técnicas y sus efectos) y, sobre todo, en la concepción de la demanda, considerada como un "capricho estético" o como una "urgencia psicosexual". Si las operaciones de "cambio de sexo", consideradas por las propias personas transexuales como una *necesidad*, no reciben cobertura médica a través de la seguridad social bajo el argumento de que son operaciones «estéticas», en los casos de intersexualidad se justifican las mismas intervenciones, consideradas, esta vez, «urgentes». Esto implica que se hayan regulado de forma excluyente ambos diagnósticos y que uno de los requisitos para el diagnóstico en el DSMIV de "trastorno de identidad de género" sea no tener un "estado intersexual" (además de no tener una orientación homosexual). Lo paradójico es que en el caso de los estados intersexuales, los genitales que, como ya hemos señalado, son etiquetados en el lenguaje médico como «ambiguos», no son en sí mismos dolorosos ni dañinos para la salud física.

[5] También, como señala Kessler (1998), depende de la especialidad del médico encargado de los casos (si es urólogo es más probable que se replantee la posibilidad de asignación masculina).

microquirúrgicas de faloplastia le permitirán tener una anatomía y una sexualidad más acorde con sus instintos.» (Piró Biosca, 2001:139).

Lo curioso es que en los discursos médicos que hemos analizado se simultanea un discurso biologicista y genetista sobre las causas y los orígenes de las enfermedades y de algunos comportamientos sociales, y que está siendo objeto de popularización, con las divulgaciones sobre un progreso tecnológico capaz de superar los límites de la naturaleza, transformando las propias concepciones dicotómicas sobre naturaleza-cultura.

Una vez asignado el *sexo* y esculpido quirúrgicamente el cuerpo sexuado, sólo queda una ajustada *identidad de género* basada en expectativas sociales sobre lo femenino y lo masculino y en el *deseo heterosexual*. Esto muestra la enorme confusión por parte de los especialistas médicos entre las nociones de sexo/género/deseo, que parecen tener la solidez de una unidad naturalizada. Esta identidad es férreamente adoctrinada –hay que compensar la biología- vía socialización familiar y bajo las directrices de los expertos del género: los psicólogos[6]. Este proceso de normalización implica, además de un excesivo ajuste a las normas de género, una buena dosis de secretos, mentiras y silencios nada saludables para el proceso identitario. De hecho, en algunos casos la emergencia de una «identidad intersexual» es resultado precisamente de la experiencia traumática de las cirugías y las revisiones médicas constantes, las «*parades*» de diferentes médicos que miran, tocan y fotografían los órganos genitales, junto con un secretismo estigmatizador fomentado por los propios protocolos médicos (Preves, 2003).

IV.

Tradicionalmente, los cuerpos de las personas intersexuales se han convertido en «objetos» y materiales preciosos para la investigación, patrimonializados por parte de algunos médicos en un afán de reconocimiento y prestigio, a través de la eponimia: poniendo su nombre a aquello que «descubren» diagnosticándolo «por vez primera» o utilizando posesivos al referirse a los casos -«el síndrome del testículo feminizante (*o de Botella-Nogales*, porque fuimos nosotros los primeros en describirlo)» (Botella Llusiá y Clavero Núñez, 1993: 794)-. Esta reificación de los pacientes se produce especialmente en las representaciones gráficas en los manuales y revistas médicas donde, mediante

[6] Una medida de cómo se está vigilando la identidad de género y la orientación sexual, por ejemplo, de las niñas con hiperplasia adrenal congénita, lo tenemos en el llamado "proyecto *tomboy*" de los psicólogos Michael Bailey y Sheri A. Berenbaum.

diferentes mecanismos de visibilización destinados a mostrar ese «sexo múltiple», se presentan fragmentados los cuerpos intersexuales: fotografías de los pacientes desnudos sobre un fondo milimetrado con los ojos cubiertos –en un vago intento por preservar la intimidad-; primeros planos de los genitales en erección –previamente estimulados, por tanto- en muchos casos de bebés –un material que en otro contexto podría ser leído como pornografía infantil-; muestras de los tejidos genitales extirpados y expuestos bajo la lente del microscopio; muestras de los pares cromosómicos, con especial atención a la organización de los cromosomas sexuales (X e Y) y sus múltiples combinatorias, etc.

Los cuerpos intersexuales se han convertido así en objetos de interés científico, en «pruebas vivientes», «espacios liminares» donde se dirimen las controversias científicas: campos de batalla donde se defienden las fronteras ente naturaleza/cultura, innato/adquirido, sexo/género, varón/mujer. La «verdad» de los cuerpos tiene que demostrar la verdad de las teorías científicas aplicadas. Esto se hizo especialmente evidente en la controversia clásica entre ambientalismo social e innatismo biológico mantenida por John Money y Milton Diamond, sobre un caso particular de dramáticas consecuencias: el famoso caso John/Joan[7]. Pero plantear la controversia en estos términos impide considerar los elementos comunes presentes en ambas visiones, dado que ambos comparten una noción de la identidad sexuada como: 1. algo *estático* (no puede variar a lo largo del tiempo); 2. *exclusivo* (sólo se puede ser *un* sexo/género –varón *o* mujer-); 3. y *excluyente* (si se es uno no se es otro). Mantienen como prerrequisitos tanto el dualismo sexual como la monosexualidad de los cuerpos individuales. Esto explicaría la paradoja de cómo muchos de los protocolos más actuales asientan un planteamiento de corte biologicista sobre las teorizaciones ambientalistas de Money (pe. Piró, 2001).

En los manuales y revistas médicas, los expertos científicos se instauran como «portavoces objetivos» de objetos mudos a través del uso de «instrumentos de inscripción»; y su reverso, los cuerpos-sexuados aparecen como recipientes de acciones

[7] No vamos a desarrollar el caso aquí. Apuntar que se trataba del experimento perfecto para probar las teorías ambientalistas de adquisición de género de Money. Se trataba de dos gemelos monocigóticos, a uno de los cuales se le amputó el pene a temprana edad a causa de un error médico y siguiendo las directrices de Money se le crió como niña. Más tarde sin embargo rechazó esta adscripción de género y vivió como varón. La historia se torna dramática porque finalmente tanto él como su hermano acabaron suicidándose. Si bien su historia ha sido empleada para sostener tanto las tesis ambientalistas (Money) como las biologicistas (Diamond), lo que raramente se considera como elemento determinante es el violento impacto de todo el proceso de pruebas, tests y constante vigilancia de la generización adecuada de unos cuerpos a los que se exigía un plus de feminidad y masculinidad, así como de respuesta heterosexual, ante el que probablemente muy pocas de nosotras hubiéramos podido responder.

médicas, o como recursos donantes de interés científico, y no como co-actores en prácticas articuladas con otros actores sociales. Esto hace que las intervenciones de activistas intersexuales hayan sido rechazadas como «demasiado comprometidas y parciales» (Chase, 1998).

V

Si, como señalábamos antes, en los manuales médicos y en las revistas científicas, las personas intersexuales aparecen como casos patológicos, recipientes de acciones médicas y recursos donantes de interés científico sin voz; una tecnología como Internet ha posibilitado que los "objetos de conocimiento médico" *objeten* (Latour, 2000) y se resistan a los discursos y protocolos médicos, que intercambien conocimientos y generen una identidad colectivizada y politizada. Ello ha implicado cambios en las relaciones sujeto-objeto de conocimiento, hasta el punto de que los propios "objetos de conocimiento" (los colectivos intersexuales) se han convertido en auténticos "expertos" de los "sujetos de conocimiento" (los médicos), convirtiéndose en "expertos de los expertos". Más que una inversión sujeto-objeto, lo que ha posibilitado la creación de diferentes páginas web, foros de debate, chats o blogs, ha sido una articulación de los diferentes actores implicados, generando nuevos conocimientos y alianzas, produciendo cambios tanto en los colectivos intersexuales como en los grupos de afectados y familiares y en la comunidad médica, diversificando voces y perspectivas en torno a cuestiones sociales, médicas y jurídicas, y generando controversias y debates esta vez abiertos a múltiples actores y no solo a los expertos médicos. En definitiva, se está produciendo una cierta rearticulación democratizadora del conocimiento socio-científico a través de las nuevas tecnologías.

En el ya «clásico» «Hermafroditas con actitud» (Chase, 1998)[8], un artículo que tiene categoría de fundacional en el movimiento intersexual, Cheryl Chase, la promotora del ISNA –*Intersex Society of North America*[9]-, explicaba la emergencia de la asociación a partir de una necesaria fase personal y colectiva de «reconocimiento», «encuentro» y «empoderamiento» de las personas intersexuales más allá de los procesos de estigmatización. La emergencia del activismo intersexual nacerá así de la necesidad de

[8] Este artículo ha sido traducido al castellano en el libro colectivo *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer* (Romero Bachiller, García Dauder y Bargueiras Martínez, eds., 2005).

[9] Esta va a ser la primera asociación intersexual con una orientación identitaria y política, que iba más allá de las asociaciones de pacientes de alguno de los diversos «síndromes» englobados en la categoría «intersexual». Para más información consultar http://www.isna.org.

buscar una comunidad como modo de enfrentar colectivamente el secretismo y la vergüenza individuales y patologizados, y que permitiera «la transformación del silencio en lenguaje y acción» (Lorde, 1984: 40). Así, desde el ISNA y desde otros colectivos que han ido articulando el activismo intersexual –como «Bodies Like Ours»[10] o la OII (Organización Internacional de Intersexuales[11]), dos de los más activos a escala internacional- se ha demandado fundamentalmente: una *transformación en los protocolos médicos* dirigida a evitar cirugías irreversibles y médicamente innecesarias especialmente en el caso de menores; la *desestigmatización*, acabar con los secretos y mentiras recomendados incluso en los protocolos o con las *parades* de científicos fotografiando y tocando los cuerpos intersexuales; y la *autodeterminación*, el derecho de cada menor intersexual a determinar su propia identidad sexual una vez que pueda comunicarla, sin ninguna interferencia médica o gubernamental. Sin embargo, las estrategias de los colectivos pueden varias respecto a sus apuestas por la aceptación o la desestabilización (Engel, 1997): desde ejercicios que buscan el reconocimiento vía normalización médica, lo que lleva en ocasiones a identificar la intersexualidad como una «condición» más que como una «identidad» –posición ésta en la que se situaría el ISNA, sobre todo en los últimos tiempos-; hasta estrategias de auto-nombramiento, más allá de la incorporación en un diagnóstico médico, dirigidas a revocar las expectativas sociales en torno a la dualidad sexual y que proclaman la diversidad y variabilidad de los cuerpos sexuados en clave positiva, apostando por categorías fluidas más allá del binarismo sexual –posición en la que se sitúa particularmente la OII-.

Resulta interesante incidir en este caso, cómo el desarrollo de un movimiento intersexual va a partir de la reapropiación de una categoría médica. Esto apunta al efecto paradójico y performativo de las categorizaciones en la producción y consolidación de «figuraciones habitables» (Haraway, 1997: 11). Éstas proporcionan espacios de identificación y reconocimiento (auto y hetero-designados) que habilitan identidades y posiciones de sujeto, que si bien están «sujetadas» y constreñidas por la propia categorización, al tiempo las posibilita como posiciones de agencia. Las categorizaciones médicas, apuntaladas con toda la autoridad de la ciencia, constituyen nomenclaturas que tienen la capacidad performativa de «hacer aquello que dicen», en este caso de «producir» o «hacer emerger» la figura «intersexual» al nombrarla. Pero, como venimos afirmando, estas categorías conforman «figuraciones habitables» que

[10] Ver http://www.BodiesLikeOurs.org
[11] Ver http://www.intersexualite.org

proporcionan espacios donde asentar identificaciones e identidades más allá del diagnostico médico posibilitando que, eventualmente, se conviertan en identidades colectivas y políticas: un concepto que nace de la práctica clínica y médica acaba habilitando una identidad política colectiva. Por otro lado, el hecho de la utilización política de términos derogatorios no es novedosa, como muestra el uso de términos como «*queer*», «bollera», o «marica» en el movimiento LGTB.

VI

Ligado al desarrollo de la intersexualidad como una «identidad» y la multiplicación de actores políticos vinculados a la categoría, se ha venido produciendo una interesante controversia en los últimos tiempos, particularmente desde la publicación en mayo de 2006 de un artículo firmado por un autodenominado «grupo de consenso» formado por profesionales de la medicina, personas afectadas y familiares[12]. En este artículo se proponía la sustitución del término «intersexualidad» por el de «Trastornos del desarrollo sexual» -*Disorders of Sexual Development, DSD,* por sus siglas en inglés-, así como algunos cambios en los protocolos de tratamiento que habían sido ampliamente demandados por los colectivos intersexuales. Desde la publicación se ha desarrollado un amplio y enconado debate –tanto en revistas especializadas como en foros en internet, lo que ha acelerado sensiblemente la rapidez de las respuestas y la multiplicación de los actores-[13]. En el seguimiento de este debate se ha hecho evidente el efecto performativo de las categorías médicas, la relación entre consensos y exclusiones; se han visibilizado de forma compleja las diferentes estrategias antes mencionadas en torno a la aceptación o la desestabilización; y ha sido particularmente interesante porque a lo largo del mismo se han redefinido cuerpos y políticas, naturaleza y cultura.

A través de la controversia, nos encontramos que los partidarios de la implantación del término *DSD* tratan de distinguir los aspectos bio-médicos de los políticos, pero lo harán acudiendo irremediablemente a cuestiones políticas. Esto se plasma, en primer lugar, en el debate que trata de delimitar cuáles son los actores relevantes que deberían

[12] I.A. I.A. Hughes, C. Houk, S.F. Ahmed, P.A. Lee, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES)/European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) Consensus Group, "Consensus statement on management of intersex disorders". *Archives of disease in childhood* 91, 554-563. Disponible en: http://www.intersex-tr.org/documents/Consensus%20statement%20on%20management%20of%20intersex%20disorders.pdf

[13] Parte de esta controversia puede ser consultada en las cartas electrónicas de respuesta a la «Declaración del Grupo de Consenso» en: *Archives of disease in childhood Online* http://adc.bmjjournals.com/cgi/eletters/91/7/554

estar presentes en el «consenso», con poder para definir la categoría, y por ende, cómo se configura una "verdad científica". Si bien para incidir en la conveniencia del cambio de nomenclatura se señala que proporcionaría una mejor (más adecuada) descripción de los fenómenos a los que haría referencia, para su constitución se acude a un "Grupo de Consenso" que como hemos mencionado incluye a: «(1) especialistas clínicos con experiencia en ayudar a pacientes con DSDs; (2) adultos con DSDs; y (3) familiares (especialmente padres) de niños con DSDs.»[14]. En este grupo de consenso, sin embargo, tanto los niños y bebés intersexuales, como intersexuales adultos pertenecientes a colectivos como la OII o «Bodies like Ours», que son organizaciones más politizadas y que apuestan por la desmedicalización, no están representados. El cambio de nomenclatura se sitúa así como *punto de paso obligado* (Callon, 1986/1995) en torno al cual se reconfiguran las posiciones y las alianzas, determinando qué actores resultan relevantes y cuáles no, como respuesta al debate y a los problemas en torno a la intersexualidad. Sería un ejemplo claro de cómo se posicionan las portavocías, en términos de Haraway (1992/1999), de tal forma que determinadas posiciones son desestimadas como demasiado implicadas (politizadas) y, por tanto, no relevantes (no fiables) para el debate. Sin embargo, la construcción de esta «verdad científica» se asienta en un *consenso* entre diferentes actores que ha partido de la necesidad de incluir a todas las perspectivas relevantes para su consolidación -de una forma que recuerda la concepción de Helen Longino (1993)-. La pregunta en este caso vuelve a ser quiénes determinan cuáles son o no los actores socialmente relevantes.

Más aún, comprobamos cómo se pretende desprender de contenido político a la definición y al término, pero para ello sistemáticamente se acude a lo político y se introducen continuas definiciones de qué es político y qué no lo es. Esto es, ciencia y política, así como cuáles son los actores relevantes, van a ser siempre un resultado contingente de todo el proceso y no un a priori. En ese sentido, uno de los argumentos empleados para defender el término DSD frente al de intersexual será precisamente, que no estará tan cargado políticamente. De hecho, entre los argumentos empleados para justificar el cambio de nomenclatura, Cheryl Chase destaca los siguientes:

> «"Intersexual" ha sido adoptado por grupos con una variedad de agendas sociales no enfocadas a mejorar la atención médica. Tanto si se apoyan como si no estas

[14] (2006) *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood*, Consortium on the Management of Disorders of Sex Development, Intersex Society of North America: 3.

agendas, es confuso categorizar la condición médica de un paciente con una categoría que implica una agenda de cambio social radical. Algunos de estos grupos incluyen a:

• personas que quieren que desaparezcan las distinciones entre los géneros.
• personas que quieren probar que la homosexualidad es una variación normal.
• personas que quieren probar que la transexualidad es una variación normal.
• personas que quieren probar que las diferencias biológicas entre varones y mujeres son irrelevantes.
• personas que quieren reclamar que las condiciones intersexuales no sean tratadas en absoluto en contextos médicos.»[15]

El argumento principal para el cambio de nomenclatura ha sido la necesidad de utilizar un término que no sea percibido como peyorativo o estigmatizante –intersexual se considera como un heredero de los antiguos hermafrodita y pseudo-hermafrodita-, mucho más si se hace uso del acrónimo DSD. Se argumenta que mucha gente nacida con condiciones intersexuales no considera su cuerpo "entre" mujer o varón, sino simplemente se consideran mujeres o varones con una "condición de nacimiento". Igualmente los padres se niegan a aceptar que sus bebés puedan ser "inter", y solo aceptan hablar en términos de los nombres de los síndromes específicos (hiperplasia adrenal congénita, síndrome de insensibilidad a los andrógenos, etc., especialmente acudiendo a los acrónicos). Según esta postura, muchos individuos intersexuales no están interesados en hacer activismo político, sino en buscar apoyo psico-médico profesional para vivir sus vidas cotidianas como varones o mujeres "normales" y no adoptar una identidad subversiva.

Sin embargo, es precisamente la despolitización que implicaría el cambio de nomenclatura, y su consiguiente reinscripción en la escena de las patologías médicas, lo que es cuestionado desde otros colectivos, que interpretan el cambio de nomenclatura como un golpe de efecto para silenciarles como actores relevantes precisamente ahora que se empezaba a articular el término como parte de la historia de un movimiento político[16]. En este sentido ahonda el siguiente extracto:

> «Muchos si no la mayoría de estos adultos han adoptado y prefieren continuar identificándose con el término "intersexual" como una forma de clasificar sus condiciones y de hablar de sus cuerpos y sus experiencias. Encuentran la palabra "intersexual" empoderadora porque provee un sentido de comunidad y permite a personas con condiciones muy diferentes unirse para trabajar en pro de mejor atención médica y justicia social. (…) DSD incluye la noción de que la morfología

[15] Cheryl Chase (2006) «Why change the medical nomenclature?» carta electrónica enviada al foro de la OII en internet, donde justificaba su apoyo al cambio de nomenclatura frente a la posición defendida por la OII.

[16] Para un ejemplo de esta dura crítica puede consultarse "The DSD Chronicles", elaboradas por Curtis E. Hinkle de la Organisation Intersex International, y disponibles en: http://intersexdocuments.googlegroups.com/web/DSD+Chronicles+OII-USA.pdf

> triunfa sobre la identidad, y que la intersexualidad es una patología. No es simple corrección política la que exige un cambio de "Trastorno" ["Disorder"] a "Variación" como ha sido propuesto por el Dr. Diamond y el Profesor Beh. Por el contrario, tal cambio es un principio en la consecución de la reorientación del pensamiento médico sobre la validez y aceptabilidad de los cuerpos intersexuales en su estado natural» (Sherri Groveman Morris, 2006).[17]

Por otro lado, introducir un término tan negativo como «trastorno» -«disorder», en inglés- implicaría plantear que existirían desarrollos completos e incompletos, correctos e incorrectos, desordenados, que habría por tanto que corregir. Frente a ello se propone el término «variación» (Diamond, 2006), que incidiría en la multiplicidad de posiciones y configuraciones de los sexos «naturalmente» existentes, y que no presupondría a priori una valoración de los mismos por plegarse o no al modelo del dualismo sexual. Así, si el término "trastorno" mantiene como verdad de la naturaleza la dualidad sexual, y, por tanto, daría cuenta de «errores de la naturaleza», con lo que la definición social de los sexos naturales quedaría intacta; el término "variabilidad" situaría en el plano de lo social la dualidad sexual e incidiría en la multiplicidad "natural" de la sexuación de los cuerpos. Hablar de "errores" o de "trastornos" de desarrollo sólo sería, según los detractores del término, un reflejo de prejuicios sociales. Además DSD reforzaría todavía más la invisibilidad médica de la intersexualidad, con sus consecuentes procesos de individualización, patologización y despolitización. Por último, el hecho de hablar de «Trastornos del desarrollo sexual» podría promover la inclusión de los síndromes reconocidos bajo este epígrafe en el listado de enfermedades congénitas, al pasar a considerarse «problemas de desarrollo», lo que podría plantear una gestión médica de los mismos muy diferente, y eventualmente quedar ligada a diagnósticos prenatales que pudieran dar lugar a prácticas eugenésicas de erradicación.

Pero curiosamente otro de los argumentos en pro del cambio de nomenclatura, es que DSD, al contrario que Intersexual, «no tiene que ver con el género». En términos de Cheryl Chase:

> «Algunos individuos con este trastorno genético tienen identidad de género masculina, algunas femenina, y de hecho, algunos tienen una más compleja y menos común identidad de género. Precisamente por el amplio espectro de posibles identidades, y porque la gente no experimenta su identidad de género como un trastorno, es imperativo que la nomenclatura para la denominación de la causa de la anatomía sexual atípica **no** implique ninguna identidad de género» (Cheryl Chase, 2006).

---

[17] Sherri Groveman Morris es letrada, abogada de pacientes intersexuales, fue miembro del *Board of Director of the Intersex Society of North America* y fundadora de la rama estadounidense del *AIS Support Group*.

En este sentido, se puede señalar cómo, efectivamente, no sólo es que muchas personas no se sientan identificadas con el término intersexual porque se sienten varones o mujeres, sino más aún, los padres son especialmente hostiles al término y a aceptar la idea de que sus bebes no son ni niños ni niñas. Sin embargo, se puede argumentar que mientras la regulación de la sexuación humana se siga considerando una condición médica se seguirá tratando sobre el género. Se podría decir que precisamente lo que se intenta es dejar el género fuera del debate, ya que al considerarlo un «problema del desarrollo sexual» se mantendrían fijos los géneros sociales y también los dos sexos biológicos: habría una forma correcta de desarrollo sexual (varón-mujer) sin otra posibilidad, con lo que se mantendría como base la dualidad sexual de la especie humana. Además con este cambio de nomenclatura y la re-biologización que implica se volverían a re-situar las posiciones, logrando que la afirmación de Butler (1990) de que el «sexo siempre fue género después de todo», volviera a su lugar, esto es, consiguiendo que de nuevo «el género siempre fuera sexo desde el principio».

En definitiva, y tal como señala la propia Butler (2004:8), la crítica de las normas de género y la comprensión de las diferentes posturas en este debate, debe situarse en el contexto de las vidas tal como se viven por las personas a las que más les afecta, y debe guiarse por la cuestión de qué maximiza las posibilidades de una vida habitable y qué minimiza la posibilidad de una vida insoportable, para todas ellas. Para algunas, «una vida para la cual no existen categorías de reconocimiento no es una vida habitable»; para otras, «tampoco es una opción aceptable una vida para la cual dichas categorías constituyen una restricción no llevadera» (Butler, 2004: 8).

VII

Nos gustaría, para terminar, y dado el carácter de este libro, resaltar la riqueza de los desafíos que el movimiento intersexual está lanzando al feminismo, reconociendo también los recursos conceptuales y políticos que el feminismo ha ofrecido al activismo intersexual, enfatizando precisamente la necesidad de políticas de alianzas entre ambos. Tanto el feminismo como el activismo intersexual comparten una lucha común en el terreno de las políticas sexuales, pero si el feminismo se ha centrado en luchar contra la opresión y el dominio masculino, reivindicando los derechos de las mujeres, como sujeto político, el activismo intersexual viene luchando contra las múltiples violencias normativas basadas en la naturalización del dualismo sexual y sus morfologías ideales. Así el análisis de las desigualdades sociales entre varones y mujeres se ha visto

reforzado por un análisis diferente, pero necesariamente relacionado, sobre los "privilegios de la normalidad" (Engel, 1997; Hinkle, 2006) sobre la opresión hacia aquellas personas que no encajan en las normas de los estereotipos de sexo/género. Bajo un sujeto fuerte "mujer" o "mujeres", o desde la asunción de la diferencia sexual como fundamental, el feminismo ha recibido la llamada de atención sobre las consecuencias de idealizar ciertas expresiones de género basadas en la dualidad que a su vez den lugar a nuevas jerarquías y exclusiones.

Así pues, el activismo intersex ha "desafiado", y a la vez se ha aliado con el feminismo, cuestionando la naturalidad del dualismo sexual (solo existen dos sexos pre-existentes, varón o mujer, y los genitales son el signo determinante de la asignación sexual), y de la correspondiente *natural* coherencia entre sexo, género y deseo heterosexual. Pero también ha cuestionado la propia distinción entre "sexo-anatómico" y "género-social" y, en definitiva, la distinción naturaleza-cultura. Lo curioso es que los tratamientos médicos actuales para "fijar" el sexo de los bebés intersexuales provienen de la aparición en los años 50 del "paradigma de identidad de género" que distinguió entre el sexo biológico y el género psicosocial, criticando el sexo biológico como destino (Haraway, 1991). Este paradigma dio herramientas a las teóricas feministas para sus análisis sobre la construcción social de las diferencias y desigualdades sociales. Pero las feministas no cuestionaron el componente físico del sexo y su dualidad, ni tampoco la asunción de la existencia de *una* única, invariable e irreversible "identidad de género" (cuyo éxito, como ya se ha señalado, se deducía en los protocolos médicos de una anatomía externa aceptable o funcional, de una socialización adecuada y de un deseo heterosexual). En definitiva, no cuestionaron el papel que el término "identidad de género" estaba teniendo en el control médico de la normalidad sexual vía patologización de tránsitos, ambigüedades e incoherencias en el sistema de sexo/género/deseo. La flexibilidad de género ha sido utilizada curiosamente para reforzar la rigidez social del dualismo sexual, a través de la vigilancia y el control de la identidad de género de las personas diagnosticadas con síndromes intersexuales y a través de tratamientos quirúrgicos y hormonales para ajustar los cuerpos a las normas.

A través de los análisis críticos de activistas intersexuales comprendemos, como ya hemos apuntado, que "tal vez el sexo fue siempre género después de todo" (Butler, 1990), y que la materialidad viene ya teñida de ideas pre-existentes sobre las diferencias sexuales (Fausto-Sterling, 2000). Más aún, comprobamos que el sexo es múltiple y la multiplicidad semiótico-material del supuesto único «sexo verdadero», que se pone en

evidencia cuando sus diferentes componentes no se corresponden: la idea de que no existen solo dos sexos pre-existentes, sino una combinación múltiple de posibilidades de sexo cromosómico, hormonal, gonadal y morfológico, etc. La elección de los criterios para determinar el sexo es una decisión social. El activismo intersexual nos urge a que admitamos esta variabilidad de diferencias sexuales y denuncia las violencias de género médicas, legales y sociales que "corrigen" esta variabilidad *haciendo* cuerpos *normalmente* masculinos o femeninos para insistir en que las personas somos varones o mujeres por *naturaleza*.

Así, la *fluidez* de los cuerpos sexuados posibilitada por la tecnología es utilizada para garantizar la *estaticidad* de la dualidad genérica en un proceso de *cajanegrización* de lo social: si podemos cambiar la biología a través de la tecnología, ¿para qué cambiar lo social? La fórmula "biología es destino" se reconceptualiza mediada por la tecnología: Biología+Tecnología=Destino. El auge de discursos genetistas sobre los orígenes de la intersexualidad, y las propuestas eugenésicas vía diagnóstico prenatal, coexisten con los discursos sobre un progreso tecnológico capaz de superar los límites de la naturaleza. Con los avances en las tecnologías médicas, la biología hormonal o la anatomía resultan más maleables al cambio que las normas y las expectativas sociales de género. Nos encontramos con *la maleable artificialidad del sexo natural y la sedimentada naturalización del género cultural.*

Reconceptualizar la categoría de "sexo" y cuestionar su dualismo supone un desafío profundo para la sociedad en general y para el feminismo en particular. El activismo intersexual ha criticado el diferente tratamiento que el "feminismo del primer mundo" ha dedicado a la crítica sobre la ablación genital femenina africana y a la crítica a la mutilación genital intersexual. Mientras desde el primer mundo se critica a los «otros salvajes tradicionales» que bajo el pretexto de rituales culturales perpetúan formas de violencia contra los cuerpos y la sexualidad de las mujeres, se olvida que la ciencia occidental también genera rituales culturales que incitan y promueven violencias corporeizadas con iguales pretensiones de producir individuos socio-sexualmente ajustados: «"su" amputación de genitales es un ritual bárbaro; el "nuestro" es científico. El suyo desfigura; el nuestro normaliza lo desviado.» (Chase, 1998: 206). También ha criticado las resistencias de algunas feministas a considerar a las mujeres intersexuales como "mujeres reales" y por tanto desconsiderar sus cliterectomías (Chase, 2000; Hinkle, 2006). Desde nuestro punto de vista, una agenda feminista que desarrolle, como en el caso español, una "ley integral de violencia de género" debería incidir también en

las micro-violencias de género, reactualizadas cotidianamente e institucionalizadas, contra aquellas personas que no encajan en el engranaje social construido sobre la naturalización de la dualidad sexual. Incidir en cómo el género normativo determina lo que entra en el campo de lo humano y de lo vivible (Butler, 2004). Incidir, por ejemplo, en las conexiones entre esta ley de violencia de género y una ley como la de "identidad de género": las violencias que se generan cuando se coarta el derecho a elegir el propio cuerpo sexuado y la propia identidad de género -así como el análisis de las condiciones sociales de la autodeterminación y del significado de autonomía- (Butler, 2004).

La necesidad de normalizar cuerpos y categorizar a las personas en dos categorías implica normas de genero y de orientación sexual que afectan a todas las personas, pero la vigilancia, la vulnerabilidad y el grado de conciencia varían. Si el género se da por sentado, al mismo tiempo se vigila permanentemente. El feminismo ha aprendido mucho del activismo transexual e intersexual sobre *cómo la mujer o el varón se hacen*, sobre la construcción cotidiana del género en todas las personas, sobre los diferentes modos a través de los cuales las personas "pasamos" por varones o mujeres en la interacción social (Kessler and McKenna, 2000). El análisis sobre cómo ese "pasar por" varón o por mujer depende en gran medida de las atribuciones de los demás y cómo se manejan diferentes aspectos de la apariencia física pública, del habla, del control del cuerpo y de las propias narraciones vitales para ser reconocidos con el género "correcto". El feminismo se encuentra con el desafío intersexual de incluir en sus políticas y agendas la apertura de espacios de posibilidad para que diferentes cuerpos sexuados y diferentes géneros, tachados de erróneos, incompletos o irreales, sean vivibles.

Referencias:

Bornstein, Kate (1994). *Gender Outlaw. On men, women and the rest of us*. New York and London: Routledge.

Botella Llusiá, J. y Clavero Núñez (1993). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Díaz de santos.

Butler, Judith (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Butler, Judith (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.

Callon, Michel (1986/1995) «Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de Saint

Brieuc», en J. Manuel Iranzo, J. Rubén Blanco, Teresa González de la Fe, Cristóbal Torres y Alberto Cotillo, (1995), *Sociología de la Ciencia y la Tecnología,* Madrid: CSIC: 259-282.

Chase, Cheryl (1998). Hermaphrodites with attitude. *Journal of lesbian and gay studies, 4* (2): 189-211.

Chase, Cheryl (2000). Intersex activism, feminism and psychology. *Feminism & Psychology,* 10(1), 117-132.

Chase, Cheryl (2006). Disorders of sex development similar to more familiar disorders. *Archives of disease in childhood Online,* 22 Agosto. http://adc.bmjjournals.com/cgi/eletters/91/7/554

Diamond, Milton (2006). Variations of sex development instead of disorders of sex development. *Archives of disease in childhood Online,* 27 July. http://adc.bmjjournals.com/cgi/eletters/91/7/554#2460

Dreger, Alice Domurat (2001). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex.* Cambridge: Harvard University Press.

Engel, Antke (1997). About the violent construction of sex as a binary. In Hinkle, Curtis, E. (2006). *Intersex. The right to one's self* (44-46). OII. www.intersexualite.org

Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the body*. New York: Basic Books.

Foucault, Michel (1985). *Herculine Barbin. Llamada Alexina B*. Madrid: Ed. Revolución.

Gregori Flor, Nuria (2006). Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de sexo en bebés intersexuales. *ABR. Revista de Antropología Iberoamericana,* 1(1), 103-124.

Haraway, Donna (1991). *Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature*. New York: Routledge.

Haraway, Donna J. (1992/1999) «Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles», *Política y Sociedad, 30*: 121-163.

Haraway, Donna J. (1997) *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan©_Meets_ OncoMouse™,* Nueva York y Londres: Routledge.

Hendricks, Melissa (1993). Is it a Boy or a Girl? *Johns Hopkins Magazine*. Noviembre, 10-16.

Herdt, Gilbert (1993). *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.

Hinkle, Curtis, E. (2006). *Intersex. The right to one's self*. OII. www.intersexualite.org

Hughes, I.A.; Houk, C.; Ahmed, S.F.; Lee, P.A.; Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES)/European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) Consensus Group, "Consensus statement on management of intersex disorders". *Archives of disease in childhood* 91, 554-563. Disponible en: http://www.intersex-tr.org/documents/Consensus%20statement%20on%20management%20of%20intersex%20disorders.pdf

ISNA (2006) *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood*, Consortium on the Management of Disorders of Sex Development, Intersex Society of North America.

Kessler, Suzanne (1997). Meanings of gender variability. *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, 2 (5): 33-38.

Kessler, Suzanne (1998). *Lessons from the Intersexed*. London: Rutgers Univ.Press.

Kessler, Suzanne and McKenna, Wendy (2000). Gender construction in everyday life: Transsexualism (Abridged.). *Feminism & Psychology*, 10(1), 11-29.

Latour, Bruno (2000). When thinks strike back: A possible contribution of "Science Studies" to the Social Sciences. *British Journal of Sociology*, *51*,1, 107-123.

Longino, Helen E. (1993) «Subject, Power and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science», en Linda Alcoff y Elizabeth Potter (eds.), *Feminist Epistemologies*, Nueva York y Londres: Routledge: 101-120.

Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham y Londres: Duke University Press.

Money, John y Anke Ehrhardt (1972). *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*. Madrid: Morata.

Money, John, Hampson y Hampson (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the John Hopkins Hospital, 97:* 284-300.

Morris, Sherri Groveman (2006). DSD and Identity. *Archives of disease in childhood Online*, 22 August. http://adc.bmjjournals.com/cgi/eletters/91/7/554

Piró Biosa, Carmen (2001). Estados intersexuales: tratamiento quirúrgico. En S.E.E.P. (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica), *Estados intersexuales e hipogonadismo. (Libro Curso de Formación Postgrado)*.. http://www.seep.es/privado/2001postgrado.htm

Preves, Sharon (2003). *Intersex and Identity*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.

Strathern, Marilyn (1991). *Partial Connections*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.

Vázquez García, Francisco y Moreno Mengíbar, Andrés (1997). *Sexo y razón. Una genealogía de la moral sexual en España*. Madrid: Akal.