

## CIRCULAR 7 DE 2016: UN PASO ATRÁS EN LA LUCHA POR LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS INTERSEXUALES EN CHILE.

*Por Laura Inter y Hana Aoi*

***Agradecimiento especial a la Dra. Eva Alcántara, quien colaboró en la revisión de este artículo.***

*Laura Inter es una activista intersexual nacida en la década de 1980, desde 2013 fundó y coordina el proyecto Brújula Intersexual, el cual se encarga de ofrecer apoyo e información a las personas intersexuales y sus familias. Laura fue diagnosticada con Hiperplasia Suprarrenal Congénita, nació con genitales intersexuales (también llamados “genitales ambiguos”), fue atendida fuera del sistema de salud público y su cuerpo no fue intervenido con cirugías, así que conserva su integridad corporal.*

*Hana Aoi es una activista intersex mexicana nacida en 1981. Fue sometida a tres distintas cirugías en su infancia, del todo innecesarias, en las cuales se le extirparon sus gónadas y se le practicó una vaginoplastia. Su variante intersexual se conocía como hermafroditismo verdadero. Hoy está más en boga el término DSD ovotesticular; Hana no está de acuerdo con el uso de ninguna de estas nomenclaturas estigmatizadoras. Esta variante se da cuando existe tejido ovotesticular en al menos una gónada (ovotestis, pl. ovotestes).*

El 22 de diciembre de 2015, Chile dio un paso adelante cuando el Ministerio de Salud de ese país giró la Circular Nº 18 de 2015. Dicha circular instruía claramente para que se [detuvieran los procedimientos médicos nocivos e innecesarios](#) en bebés, niños y adolescentes intersex, protegiendo así el derecho a la autonomía y a la integridad corporal de lxs niños intersexuales. Sin embargo, el 23 de agosto de 2016 nos enteramos que el mismo Ministerio de Salud dejó sin efecto dicha Circular, al emitir la Circular Nº 7 de 2016. Consideramos que esta nueva circular es un burdo intento de la institución médica chilena para seguir medicalizando los cuerpos intersexuales, y un lamentable retroceso que valida oficialmente las violaciones a los derechos humanos de las personas intersexuales.

### **ANTECEDENTES**

La Circular Nº 18 es un documento emanado a partir de una serie de observaciones del Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés) que la ONU emitió el 30 de octubre de ese mismo año (las observaciones de la CRC [se pueden descargar aquí](#)). En particular, se destacan los párrafos 48 y 49 de la sección **E. Violencia contra los niños (arts. 19, 24 (párr. 3), 28 (párr. 2), 34, 37 a) y 39)**, concernientes a *Prácticas nocivas*. En ellas, el CRC expresa su:

**“grave preocupación por los casos de cirugía irreversible e innecesaria desde un punto de vista médico y otros tratamientos aplicados a los niños intersexo, sin su consentimiento informado, que pueden causarles graves sufrimientos, y por la falta de mecanismos de reparación e indemnización en esos casos.”** (*Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile, párrafo 48, p. 11.* El resaltado en negritas es nuestro)

Por lo anterior, el CRC recomienda en el párrafo 49 al Estado chileno:

**“que acelere el desarrollo y la aplicación de un protocolo de atención de la salud basado en los derechos para los niños intersexo, en el que se establezcan los procedimientos y los pasos que deben seguir los equipos sanitarios para que ninguna persona sea sometida a**

**intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos innecesarios en la infancia o la niñez; se proteja el derecho de estos niños a la integridad física y mental, la autonomía y la libre determinación;** se ofrezcan a los niños intersexo y a sus familiares apoyo y asesoramiento adecuados, también de personas en su misma situación; y se aseguren recursos efectivos a las víctimas, incluidas medidas de reparación e indemnizaciones.” (*Ibid.*, *parágrafo 49*, pp. 11-12; el resaltado en negritas es nuestro)

### **CIRCULAR 18 DE 2015**

Como resultado de esto, es que surgió la Circular N° 18 de 2015. De inicio, la voluntad del Estado chileno es favorable, pues en un párrafo expone que:

“[...]estamos abocados a levantar un protocolo con el fin de regular la atención de salud a niños(as) intersex. Este será elaborado por expertos de múltiples disciplinas, con experiencia en el tema” (*Ministerio de Salud de Chile, Circular N° 18 de 2015*)

Es de resaltar que este párrafo habla de expertos *de múltiples disciplinas* como los indicados para elaborar dicho protocolo, aunque no especifica ninguna participación de la sociedad civil (en particular, grupos intersex de activismo y de apoyo de pares). Más adelante, se instruye sobre “la formación de una mesa de trabajo”, conformada por especialistas médicos, a la par de un Comité de Ética, cuyas sesiones conjuntas de trabajo les permita determinar la “conducta a seguir”. La Circular 18 resultaba promisoría por la instrucción específica para detener:

“[...] los tratamientos innecesarios de ‘normalización’ de niños y niñas intersex, **incluyendo cirugías genitales irreversibles hasta que tengan edad suficiente para decidir sobre sus cuerpos.**”

Resultaba alentador que en ese mismo párrafo se reconociera la necesidad de asignar un sexo en el registro de nacimiento del bebé intersexual, puntualizando que ninguna cirugía del tipo descrito previamente sería tolerada.

Sin embargo, este párrafo —la esencia misma de la Circular N° 18 de 2015— pierde fuerza tras la publicación de la circular 7 porque significa para Chile un lamentable retroceso al desconocer los derechos humanos de la niñez intersexual.

### **CIRCULAR 7 DE 2016.**

A continuación analizamos cada punto de la Circular 7 publicada en 2016 y denunciemos que las medidas ahí señaladas vuelven a patologizar la intersexualidad al permitir que los cuerpos de bebés y niños intersexuales sean intervenidos irreversible e innecesariamente. Declaramos abiertamente que dichas intervenciones atienden meramente **un problema de angustia social**; las variaciones de los cuerpos intersexuales por sí mismas **no son un problema de salud**.

#### **PRIMERO:**

*Desde la integración del enfoque de Derechos humanos en salud, la intersexualidad es un término que hace referencia a “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” y se considera que el término intersex sería técnica, social y jurídicamente el más adecuado (CIDH, 2013).*

*Por otra parte, el término médico utilizado en base al consenso de Chicago 2006, es Desorden del Desarrollo Sexual (DSD) en inglés.*

*Al momento de informar al paciente o a sus representantes sobre esta condición, especialmente en la primera consulta, se debe considerar uso adecuado del lenguaje. Si la atención no se realiza en un centro especializado, la información a entregar debe ser general.*

Se menciona que el término “intersex” sería el más adecuado basándose en un enfoque de derechos humanos, y cita la definición de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); a continuación se cita también el tan controvertido término: “Desorden del Desarrollo Sexual” (traducción libre del Ministerio del original *Disorders of Sex Development*, DSD por sus siglas en inglés). Este término tiene una connotación patologizante porque [induce la idea de que los cuerpos intersexuales presentan un “desorden” o “trastorno”](#) al no encajar con la expectativa social de un cuerpo humano. El término DSD sugiere que un cuerpo intersexual no es sano, sino patológico, con defectos congénitos, que necesitan ser [“curados” y “corregidos”](#).

Revisemos el tema desde la historia. El término *DSD* fue acuñado tras un [consenso](#) de un grupo de especialistas médicos que tuvo lugar en Chicago en el 2006. Prácticamente desde su difusión, los grupos de activismo intersex de todo el mundo, dedicados al reconocimiento y defensa de los derechos humanos de las personas intersexuales de cualquier edad, señalaron que el término DSD representaba una “apropiación” del debate sobre el verdadero aporte de las cirugías durante la infancia (descritas a menudo como una forma de [mutilación genital infantil](#)) en el desarrollo del individuo intersexual. Toda la Circular Nº 7 se enfoca en un mismo objetivo: convencernos de que la intersexualidad es una patología, que puede traer serios problemas a la salud del individuo y que necesita ser corregida. La tesis de los médicos que defienden estos procedimientos es que se brinda un “servicio psicosocial” a ese niño que, una vez adulto —y sin el recuerdo de las intervenciones a las que fue sometido en su más tierna infancia— conseguirá adaptarse integralmente al mundo. Pero existe un problema: que a la fecha, esta tesis carece de evidencia que la avale. Lo que sí existe es un [creciente número de voces e historias de adultos intersex](#) en todo el mundo que dan testimonio de las graves y perturbadoras secuelas físicas, psicológicas y emocionales, como consecuencia directa o indirecta de las cirugías y tratamientos a que fueron sometidos, y al estigma que acarrea la patologización de la intersexualidad.

Al final de este punto, se menciona que debe tenerse cuidado de utilizar un lenguaje apropiado para informar al paciente o a sus representantes (léase, padres o tutores) sobre su condición. Al tratarse de un documento emitido por el Ministerio de Salud, queda implícito que la recomendación es utilizar el término DSD dado que es el término utilizado en el lenguaje médico por la inmensa mayoría de los especialistas involucrados (endocrinólogos, urólogos, etc.)

## **SEGUNDO:**

*La recomendación que alude a no realizar cirugías genitales innecesarias, no se refiere a patologías en que existe un sexo claramente determinado, tanto genética y/o somáticamente como por ejemplo: criptorquidias, hipospadias aisladas, malformaciones cloacales y extrofias.*

En este punto, se mencionan condiciones físicas que sí representan una urgencia médica que puede tener como resultado la muerte de la persona. **Evidentemente en estos casos, resulta necesaria una intervención.** Sin embargo, se menciona también el caso de variaciones intersexuales conocidas como hipospadias. Convenientemente, dicho punto falla en mencionar que en la gran mayoría de los casos de hipospadias no hay un riesgo a la salud de la persona, y que el riesgo se asocia a las cirugías correctivas que provocan daños irreversibles. Los procedimientos quirúrgicos implican múltiples y muy dolorosas intervenciones, como podemos escuchar en algunos [testimonios de personas que fueron](#)

[sometidos a ellos](#). Algunas secuelas asociadas a la intervención quirúrgica incluyen fistulas, estenosis, infecciones del tracto urinario, problemas con la cicatrización de los tejidos manipulados, entre otros;

### TERCERO:

*En los casos de personas 46 XX DSD por hiperplasia suprarrenal congénita clásica, las cirugías como clitoroplastía, cirugía del seno uro-genital y genitoplastías, deben ser concordadas entre el equipo multidisciplinario especializado y la familia, y la opinión consultada al Comité de Ética Asistencial cuando los profesionales o el paciente lo estimen necesario. La decisión final del paciente y/o su representante, debe ser respaldada con la firma de un consentimiento/asentimiento informado específico.*

Primero: se debe aclarar que la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) puede causar problemas de salud que sí requieren de tratamiento médico, pero no en todos los casos, solo en algunos. Así, hay que separar estos riesgos a la salud producto de la HSC —que sí pueden requerir tratamiento médico—, de las variaciones en las características sexuales en la persona. Un bebé con cariotipo 46 XX y HSC puede presentar lo que los médicos llaman “genitales ambiguos” o “clitoris hipertrófico”, pero esta característica —en la gran mayoría de los casos— no necesariamente constituye un riesgo para la salud.

Las cirugías que se mencionan en este punto —para personas 46 XX con HSC, que además nacieron con “genitales ambiguos”— no son médicamente necesarias en la mayoría de los casos. Lo que se describe como una “clitoroplastía” es en realidad una clitorodectomía, una ablación de un clitoris simplemente considerado más grande de lo “normal” (según lo arbitrariamente establecido por la institución médica), **y en ningún caso esto puede considerarse una cirugía médicamente necesaria**. La genitoplastía o vaginoplastia y la cirugía del seno o conducto uro-genital (es decir, un conducto donde desemboca la uretra y la vagina), en la mayoría de los casos solo se realiza para que la persona pueda ser penetrada por un pene masculino, y no por razones médicas. Sabemos por muchas [personas adultas con HSC](#) que conservan un conducto uro-genital —es decir, que no han sido intervenidas con cirugías, como es el caso de una de las autoras de este artículo—, que eso no necesariamente representa un problema de salud relacionado a sus formas genitales. Aún no conocemos a nadie con un cuerpo intacto —con estas características— que tenga problemas de salud como consecuencia de la forma que tienen sus genitales. En caso de que alguien tuviera problemas de salud relacionados con sus formas genitales —llamadas “ambiguas”— lo recomendable sería ir al doctor o ginecólogo para que este le dé un tratamiento dirigido únicamente a restablecer su estado de salud (obviamente esto sucede en cualquier persona, cuente o no con genitales “ambiguos”). No es posible que ese problema de salud se tome como pretexto para hacer vaginoplastía o clitoroplastia a una persona que no solicita tales procedimientos. Repetimos que la intención de la vaginoplastía es que en el futuro, ese procedimiento y la forma genital creada, tiene el objetivo de que la persona, pueda ser penetrada con un pene. Cabe destacar que desde un punto de vista heteronormativo en estos “equipos médicos multidisciplinarios y especializados”, parece prevalecer la creencia de que no es posible llevar una vida sexual saludable y satisfactoria si se cuenta con un cuerpo con “genitales ambiguos”. Dicha creencia es una mentira, conocemos con certeza que muchas personas adultas no intervenidas llevan vidas sexuales plenas y satisfactorias. La sexualidad puede incluir experiencias muy variadas que no se restringen solo al coito heterosexual; no se puede generalizar a esa práctica como la única fuente de placer.

Las cirugías genitales se realizan principalmente para atacar un problema social relacionado con experiencias de discriminación producidas por tener un cuerpo diferente, pero los problemas sociales NUNCA deben ser abordados con cirugías y bisturís, sino con **educación e información**.

Cabe destacar que un creciente número de médicos y cirujanos en el mundo, están mostrando rechazo a estos procedimientos, y produciendo diversos materiales como [artículos](#) o [videos](#) disponibles en línea, donde hablan de sus opiniones y experiencias respecto a esto.

#### CUARTO:

*Otras formas de DSD/intersexualidad, con potencialidad hacia ambas líneas de asignación de sexo, deberán ser analizadas de la misma manera, e informarse claramente a la familia de esta potencialidad. La asignación de sexo y las cirugías en estos pacientes tales como gonadectomía y/o cirugía genital, deberán efectuarse de común acuerdo entre padres y el equipo multidisciplinario; con consulta al Comité de Ética Asistencial, entidad que actuará como salvaguarda de que todas las opciones han sido consideradas. Se debe explicar la posibilidad de diferir la cirugía hasta una edad en que el paciente pueda manifestar o demostrar tendencias de identidad sexual.*

Aquí se presenta uno de los principales retrocesos respecto a la regulación de la Circular Nº 18. Aunque la potencialidad de asignación de sexo es una función no solo aceptable sino esperable por parte de los médicos en su calidad de asesores, la asignación de sexo no debe acompañarse de intervenciones quirúrgicas. En el punto anterior se expone que las gonadectomías (remoción de gónadas, por lo general –pero no exclusivamente– testículos en casos de personas con SIA y ovotestes en otros tipos de intersexualidad) y/o las cirugías genitales **deben efectuarse de común acuerdo entre padres y el equipo multidisciplinario**. Y aunque se indica que se debe “explicar la posibilidad de diferir la cirugía hasta una edad en que el paciente pueda manifestar o demostrar tendencias de identidad sexual”, este punto falla en tres aspectos:

1. No especifica los casos concretos en los cuales las gonadectomías tienen una justificación real. Existen casos muy concretos donde la malignidad de las células de las gónadas es considerablemente alto pero hay que destacar que las recomendaciones de gonadectomía se basan en estudios donde el número de casos analizados es muy pequeño. El riesgo de desarrollar cáncer en tales casos es equivalente al de desarrollar cáncer de próstata o de mama en el curso de la vida de una persona. Es evidente que dicho riesgo no representa un argumento suficiente para remover las gónadas de un recién nacido, como de igual manera tampoco la incidencia de cáncer de próstata o de mama según los antecedentes familiares justifican la remoción de dichas partes del cuerpo. Por lo tanto, el enfoque más adecuado a favor de la salud e integridad física del recién nacido es el de observar y evaluar periódicamente el desarrollo del recién nacido, no el de intervenir quirúrgicamente ni llevar a cabo radiaciones, procedimientos irreversibles en lo que no representa una urgencia real. Una gonadectomía esteriliza *ipso facto* al recién nacido intervenido y lo condena a someterse a una terapia de remplazo hormonal por el resto de su vida como única alternativa para evitar problemas de salud a temprana edad (osteopenia y osteoporosis, por ejemplo). Dichos procedimientos deben llevarse a cabo cuando existe una certeza comprobable de su necesidad.
2. A diferencia del Segundo Punto, en el documento analizado no se indica en qué casos la cirugía genital resulta a tal grado urgente que solamente el equipo multidisciplinario y los padres tienen voz en la decisión de las intervenciones. Aquí hay una preocupante ambigüedad en términos legales, puesto que en el Primer Punto se habla claramente de los

“representantes del paciente”, dejando libre su interpretación, mientras que en este punto se señala y especifica, lo que revela que la redacción del texto fue pensada en un escenario tradicionalista y excluyente. Tampoco es clara la intervención del Comité de Ética Asistencial, esto no garantiza de inmediato que sus integrantes adopten un rol de defensores de los derechos humanos de pacientes. Sin menoscabo de su edad o condición legal, un recién nacido intersex es un sujeto con plenos derechos.

3. La parte más lamentable es la que habla de que se debe explicar **la posibilidad** de diferir la cirugía hasta una edad en que el paciente pueda **manifestar o demostrar tendencias de identidad sexual**. Ninguna recomendación de derechos humanos establece que las cirugías deban diferirse en función de la consciencia de identidad sexual de una persona intersexual. Eso, por no mencionar lo vago que resulta el concepto de “manifestar o demostrar tendencias identidad sexual”. ¿Se refiere al conjunto de aspectos psicosociales que definen la identidad de una persona en función de su sexo y su género?, ¿o es, como suele ser, una mala comprensión del concepto de identidad de género? Sea cual fuere la interpretación del Ministerio, la razón expuesta no puede tomarse como base para diferir las cirugías; las cirugías **se tienen que diferir hasta que el individuo pueda tener voz y capacidad de consentir o negar procedimientos de este tipo**, a fin de preservar *su derecho a la libre determinación*, conforme a lo citado por la CRC en sus observaciones al Estado chileno. Lo que la Circular, y por ende el Ministerio de Salud, pierde de vista es que **la prohibición de las cirugías en niñas intersex no se justifica por un tema de identidad de género o de “identidad sexual”, sino por un tema de derechos humanos, a saber, el derecho de un paciente a la integridad física, a la autonomía, a ser informado plenamente y a tener la decisión final sobre los procedimientos médicos que se propone realizar sobre su cuerpo**. Sobre este tema es pertinente recordar el principio 18 de los [Principios de Yogyakarta](#) “Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas”.

Tampoco escapa a la vista que la redacción del texto dice “**la posibilidad** de diferir”. La Circular Nº 18 no hablaba de una “posibilidad”, sino que era enfática en la **necesidad** de diferir las cirugías. Es evidente sólo existen dos casos, excluyentes entre sí:

- a. Donde las cirugías y procedimientos **tienen que realizarse** por amenaza a la salud y a la vida de la persona.
- b. Donde las cirugías **no tienen que realizarse porque no existe una justificación médica**, pues hay amenaza alguna a la salud o a la supervivencia de la persona; en cuyo caso no es que los procedimientos “se puedan” diferir: **se tienen que diferir**.

Finalmente, una observación al paso: la Circular Nº 7 no especifica que, **en cualquier escenario, el paciente debe tener derecho a la asistencia de salud y a ser orientado sobre opciones para seguir adelante con su decisión**. Suponemos que esto se debe a que en dicho documento no se refuerza la voluntad del paciente sino la de sus médicos tratantes y sus

representantes legales, allí donde las cirugías son, nuevamente, **innecesarias, irreversibles y de consecuencias nefastas a la salud y el bienestar del individuo en el largo plazo.**

#### QUINTO:

*Ante sospecha de DSD/intersexualidad en un neonato, se recomienda diferir la asignación de sexo hasta ser evaluado en un Centro de Referencia. Los familiares deben ser informados de esta condición de salud y aclarados que la referencia del paciente es para un diagnóstico especializado y tomar una decisión informada, compartida entre ellos y los expertos. Los niños y adolescentes con sospecha de DSD/intersexualidad también serán derivados para su atención a estos centros de referencia.*

Este punto está plagado de conceptos que amparan la violación de los derechos humanos de lxs niñxs intersex, y que contraviene directamente ya no solo la Circular N° 18 de 2015, sino las observaciones mismas del CRC.

1. Aquí hay una comprensión radicalmente distinta del concepto “asignación de sexo”. Asignar un sexo a una criatura con propósitos registrales es uno de los aspectos que protegía la Circular N° 18 de 2015, en el sentido de que, a pesar de prohibirse las cirugías genitales irreversibles, la asignación de sexo debía realizarse en función de las “mejores expectativas”. Si bien la Circular falla en sugerir la posibilidad de un cambio a partir de la voluntad del propio individuo (recordemos que la Circular es emitida por el Ministerio de Salud, por lo cual su alcance en los aspectos civiles termina tras la gestión del registro de nacimiento).

En la interpretación de la Circular N° 7 de 2016, se recomienda *diferir* dicha asignación, con un motivo: realizar la asignación registral en función de una intervención quirúrgica **no consentida por el menor**, en vez de simplemente evaluar “las mejores expectativas”, como la Circular previa estipulaba. Esto crea una laguna que deja sin protección al recién nacido en función de algo que es considerado nuevamente, y de forma errónea, una “condición de salud”; con esto, la Circular da por descontado que **la totalidad de diagnósticos de DSD/intersexualidad** (empleando el mismo lenguaje del documento) representan una “patología”, lo cual es suficiente para justificar *cualquier* tipo de procedimiento médico, incluyendo la mutilación genital infantil (**gonadectomías, clitorodectomías** –llamadas eufemísticamente “clitoroplastias”, como si se estuviera corrigiendo el clítoris cuando lo que realmente se hace es cortarlo para reducir su tamaño a algo que tenga un aspecto socialmente aceptable, pero que deja esta parte del cuerpo insensible o con sensibilidad tisular reducida, esto es, en lo tocante a los receptores nerviosos–, **vaginoplastias**, etc.)

2. Por otro lado, la noción de un “Centro de Referencia” no es sino un término para formalizar y sancionar la operación de los centros de alta especialidad con clínicas intersexo que ya existen en la infraestructura del Ministerio de Salud. A los integrantes de dichos centros se les atribuye el lugar de “expertos” en función simplemente de su trayectoria que incluye mutilaciones y alteraciones de cuerpos de criaturas indefensas o pobremente informadas (cuando se trata de niñxs mayores o adolescentes); son, en todo caso, especialistas en lo que hacen, pero no expertos. Existe un claro **desinterés** de estos especialistas por el seguimiento de los casos de pacientes toda vez que son dados de alta por parte de pediatría, y es por eso que **desconocen por completo las complejidades y aspectos multidimensionales de la experiencia de vida de una persona intersex**, no solo en la cuestión anatómica, metabólica y clínica, sino, por supuesto, **en la experiencia total de alguien que tiene que vivir con las consecuencias de una**

**vulneración a su integridad física, de su autonomía y libre determinación**, que van de lo físico a lo psicológico; consecuencias que ninguno de estos “expertos” conoce ni parece dispuesto a reconocer. La falta de pruebas o evidencias del éxito que proclaman hace que sea realmente cuestionable depositar en ellos cualquier tipo de confianza cuando asumen los casos que les son derivados. Sus pruebas no se extienden más allá de los resultados inmediatos, en los que informan de la satisfacción y alivio *de los padres* con su recién nacido tras las intervenciones, y de su integración social en función de una perspectiva escotomizada, puramente clínica.

3. La Circular supone que el consentimiento de los padres (nuevamente, se omite el término más amplio de *representantes legales*, con certeza un intento por darle una carga emocional a lo que es un documento oficial) basta para proceder con las intervenciones quirúrgicas y demás procedimientos de *normalización genital* (este término significa que dichos procedimientos buscan que la apariencia de los genitales de una persona intersex luzcan más parecidos a los genitales típicos de un hombre o una mujer, con mayor frecuencia más bien lo segundo, porque es más fácil “construir un agujero”, lo cual representa en sí mismo un muy pobre y discriminatorio entendimiento de lo que constituye ser una mujer, basándose únicamente en una corporalidad socialmente agradable). Si bien esto es un argumento real en las muy específicas salvedades donde sí existen riesgos de salud que amenacen la vida del recién nacido intersex (en donde los padres o tutores legales tienen la total autoridad para consentir), esto **no es así en la inmensa mayoría de los casos**, como ya se ha expuesto repetidamente (tan solo en los diagnósticos de HSC, que representa un poco más del 60% de los casos de personas intersex, las características sexuales “ambiguas” *no son causa directa de ninguna patología*). Pero dado que todo este punto incluye a cualquier forma de cuerpo intersexual como un cuerpo patológico, la Circular da por bueno que sólo es suficiente que los padres o tutores den su aprobación para las cirugías, cuando que un enfoque basado en derechos humanos reconocería la necesidad de salvaguardar el derecho del recién nacido, niño o adolescente a externar su opinión sobre su propio cuerpo, y decidir, a partir de ser total y plenamente informado de manera continua durante su desarrollo en la infancia sobre todos los riesgos y consecuencias de dichos procedimientos, si consiente o no a ellos.

#### **SEXTO:**

*En aquellos pacientes que presenten una urgencia quirúrgica por complicaciones derivadas de su patología basal, como por ejemplo obstrucción o infección del seno urogenital, se procederá con los tratamientos quirúrgicos que velen por la integridad física del paciente, avalado por el marco legal vigente, para luego ser trasladado al centro de referencia correspondiente.*

Siguiendo lo mencionado en el Tercer punto, es claro que incluyeron este punto para reforzar la idea de que estos procedimientos son médicamente necesarios, y por tanto, en sí mismos, los cuerpos intersexuales representan una patología, pero las afirmaciones de este punto que dicen que el seno uro-genital puede presentar obstrucciones o infecciones, no están basadas en estudios clínicos a cuerpos adultos con estas características. Obviamente, como ya mencionamos, cualquier persona sea que cuente con una corporalidad intersexual o no, puede estar vulnerable a padecer alguna enfermedad relacionada a sus genitales, pero el tratamiento que apliquen los médicos solo debe estar dirigido a reestablecer el estado de salud del paciente, y no a adaptar sus cuerpos a las normas sociales de los cuerpos femeninos o masculinos.

Al contrario de lo que los médicos pudieran pensar, conocemos casos de muchas personas intersexuales sometidas a los procedimientos quirúrgicos mencionados en el tercer punto - clitoroplastia, cirugía del seno uro-genital y genitoplastias – [ como ejemplo, [aquí se puede leer el testimonio de una persona chilena](#) que nació con HSC y “genitales ambiguos” [dado ante la CIDH en Washington DC](#) ], que sufren infecciones urinarias y vaginales recurrentes, dolor al mantener relaciones sexuales, cicatrices, insensibilidad sexual, dolor crónico, entre otros. Algunos procedimientos como la vaginoplastia, suelen provocar problemas graves en la salud, ya que si se considera que el canal vaginal es muy corto, algunas veces se toma tejido intestinal o se forma un rollo con la piel de la espalda o muslo a fin de alargar el canal vaginal, posteriormente se hace uso de dilatadores, que son tubos de metal, vidrio o plástico de diversos tamaños y grosores (generalmente son de 7 a 10 tamaños) con la finalidad de que el canal vaginal permita ser penetrado por un pene en el futuro, conocemos de casos en donde estos procedimientos se hacen incluso a niñas y en su mayor parte a adolescentes, sin un consentimiento informado y sin tomar en cuenta que la orientación sexual que pueda tener el individuo y la cual varía de persona a persona. Incluso conocemos el caso de niñas de 5 años que son sometidas a estos procedimientos que luego incluyen dilataciones, algunas veces realizadas por los doctores, las enfermeras, o incluso le llegan a pedir a los padres que las realicen, con todas las consecuencias psicológicas que una situación tan aberrante como esta puede llegar a tener. Además de las consecuencias a la salud física, ya que a algunas personas a quienes se les tomó tejido intestinal para hacerles esos procedimientos, reportan problemas intestinales y digestivos, algunas veces tan graves que han puesto en riesgo su vida, como se puede leer en este [testimonio](#), el cual fue presentado ante la [CDHDF en la Ciudad de México](#).

En general, todas las cirugías antes mencionadas, generan traumas psicológicos en las personas sometidas a ellas, por haber pasado gran parte de su vida en hospitales, por las frecuentes revisiones vaginales desde la infancia, por la toma de fotografías de su cuerpo sin su consentimiento o por haberles asignado quirúrgicamente un sexo que no coincide con su identidad de género.

#### **SÉPTIMO:**

*Los pacientes DSD/intersex serán referidos para su atención a centros especializados que cuenten con un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo integral de personas con DSD. El equipo profesional especializado estará constituido, idealmente, por cirujano urólogo infantil, endocrinólogo, genetista clínico, asistente social, psicólogo, psiquiatra, radiólogo pediátrico, ginecólogo infanto-juvenil y médico experto en fertilidad. Por otra parte, el establecimiento donde se realiza esta atención especializada debe contar con apoyo de un Comité de Ética Asistencial.*

Los equipos multidisciplinarios que aquí se mencionan, generalmente actúan en conjunto para convencer a los padres para que autoricen los “tratamientos” anteriormente mencionados, tales como las cirugías y los tratamientos hormonales médicamente no necesarios, los cuales, como hemos visto en el análisis a los puntos anteriores, no tienen como finalidad el procurar un estado de salud óptimo, sino hacer que la persona se adecúe a las normas de género binarias. Es decir, **tienen como finalidad adecuar las características sexuales físicas de la persona, aún a costa de su salud, su bienestar y su integridad física.** Estas cirugías y tratamientos rara vez se ofrecen como una opción a los padres, sino que se presentan como algo necesario. Hemos encontrado que es común que incluso se les mienta a los padres o se omita información –bajo el pretexto de no abrumarlos con información “innecesaria” –, a fin de que accedan a estos tratamientos. Por lo que hemos podido observar en los testimonios de personas intersexuales –tanto de Latinoamérica como de otros lugares del mundo– y en nuestra propia experiencia con grupos de apoyo para padres, sabemos que en muchas ocasiones el papel del

psicólogo por ejemplo es reforzar en un niño intersexual el género que se asignó quirúrgicamente. Esto puede observarse también en una encuesta australiana realizada en 2015 a personas intersexuales, titulada: "[Intersex: Stories and Statistics from Australia](#)", un 44% del grupo, informó haber recibido consejería, capacitación y **presión** por parte de los practicantes institucionales (doctores, **psicólogos**, etc.), sobre el comportamiento que debían adoptar según el género asignado.

Por lo general, la estructura de estos equipos multidisciplinarios omite la inclusión de grupos de apoyo por y para personas intersexuales, y para padres de familia. También omite la información producida por activistas intersexuales, tales como [guía para padres](#), y [diversos materiales](#) disponibles en línea, y hace caso omiso de los [testimonios de personas intersexuales](#) y [de los padres](#), los cuales también están disponibles en línea. Debido a la naturaleza irreversible de los procedimientos médicos mencionados con anterioridad, sostenemos firmemente que estos recursos constituyen una mejor alternativa para tratar la angustia parental.

#### **OCTAVO:**

*El MINSAL definirá los centros de referencia según estándares que aseguren la calidad de la atención.*

Como ya se mencionó en el comentario sobre el quinto punto, estos centros de referencia no son sino hospitales de alta especialidad con clínicas intersexo que operan de la misma forma desde décadas atrás, lo cual es una práctica común en países de América Latina, y que no innova en lo más mínimo sino que se limita a formalizar su forma de trabajo en el marco de lo especificado en esta Circular.

#### **NOVENO:**

*Considerando el rápido cambio y avance de los conocimientos en estas materias, se elaborarán Orientaciones técnicas actualizadas que serán revisadas en forma periódica, por un comité de especialistas convocado a nivel Ministerial, con amplia representación de las sociedades científicas involucradas en el tema.*

El problema con este párrafo es que habla de la elaboración de Orientaciones técnicas. Esto se puede traducir en el desarrollo de protocolos de atención clínica que se limitan a perpetuar el enfoque que considera las variantes intersexuales como una patología, integrando los avances en materia de investigación biomédica y de técnicas quirúrgicas, e incorporando la práctica psicológica y de trabajo social solo como refuerzo del mismo paradigma que aboga por reforzar mediante la práctica clínica la asignación de un sexo al nacer.

Dicho enfoque deja de lado la necesidad de incorporar una nueva manera de pensar la intersexualidad, basada en derechos humanos, y centrada en la persona intersexual, sin importar su condición legal ni si se trata de un menor de dieciocho años o de un adulto. Uno de los argumentos más recurrentes de quienes defienden este enfoque **altamente cuestionado por activistas de derechos humanos y personas intersexuales en todo el mundo** es que las técnicas vigentes son mejores que en el pasado. Sin embargo, la ausencia de resultados a largo plazo que validen estos argumentos contrasta con los testimonios de adultos intersex cuya autonomía e integridad física fueron violadas por los procedimientos médicos no consentidos por ellos, y sugieren la necesidad de cuestionar objetivamente su persistencia en la práctica médica.

#### **DÉCIMO:**

*Queda sin efecto la instrucción que solicita establecer en cada Servicio de Salud una mesa de trabajo y se reafirma la necesidad de nominar un referente que lidere la gestión y registro de los casos en los Servicios de Salud.*

Este punto formaliza, a través de la figura de un “referente”, lo que se conoce como “práctica de medicina basada en *eminencia*”, es decir, que la opinión de un médico con prestigio y reconocimiento de sus pares resulta más importante que la “práctica de medicina basada en *evidencia científica*”.

Ya sea que la figura del “referente” se imponga meramente por perpetuar el mismo enfoque médico o que se imponga por la mencionada falta de resultados, **consecuencia directa del desentendimiento de los servicios de salud del paciente intersexual cuando este es dado de alta de la clínica pediátrica —no solo en el sur global sino en todo el mundo—** de ninguna manera se justifica el ignorar descaradamente los derechos humanos de las personas intersexuales. En nuestra opinión, de continuar con este enfoque, el Ministerio de Salud expone a los médicos a ser sujetos a acciones legales en un futuro, especialmente porque la tendencia, si bien es lenta todavía, cada vez se inclina más hacia respetar el derecho de una persona intersexual a decidir sobre su cuerpo. Como ejemplo, se puede consultar el artículo *Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care* el cual es revisión de las directrices [la actualización del Consenso de Chicago 2006](#). Contrario a radicalizar su postura, en ese documento se admite abiertamente la necesidad de adoptar nuevos enfoques que no se limiten a lo clínico sino que se invita a reconocer una práctica real que implique el reconocimiento de los derechos humanos. La Circular 7 de 2016 no solo retrocede en cuanto al respeto a derechos humanos sino en cuanto a las recomendaciones mismas de la comunidad médica internacional.

## **CONCLUSIONES**

Consideramos que la Circular 7 del Ministerio de Salud del Estado chileno publicada en 2016 incurre en un gravísimo retroceso en materia de derechos humanos de las personas intersexuales. Dicha circular elimina toda posibilidad de un enfoque centrado en el bienestar del paciente y reutiliza el mismo paradigma que aborda las variantes en las características sexuales como una patología y como una emergencia social que debe ser resuelta a través de la intervención médica.

La Circular 7 justifica, de esta forma, la práctica de procedimientos que van desde la intervención a través de terapias hormonales innecesarias y no consentidas que en repetidas ocasiones han derivado en graves secuelas a la salud del individuo intersexual, pasando por cirugías que se pueden comparar con procedimientos de esterilización forzada y mutilación genital. Esto, casi siempre, en niñas a quienes se les arrebató el derecho a decidir sobre su cuerpo, solo por aliviar la angustia parental respecto a la ambigüedad física que representa un cuerpo intersexual frente a la expectativa social de cuerpos típicamente masculinos o femeninos, y que responde a fobias relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.

Llamamos al Estado chileno (en todas sus instancias, no solamente al Ministerio de Salud) a retomar el caso y abordarlo desde la perspectiva de respeto a la dignidad humana y a los derechos fundamentales de los seres humanos, tomando en cuenta que Chile es una nación que se asume como un Estado democrático que no olvida los episodios más oscuros de su historia reciente, por cuya vocación sus habitantes aspiran a alcanzar la plenitud de su existencia en ejercicio de todas las libertades y derechos a los que ha suscrito como Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas.