

CAPÍTULO 3.

La reapropiación del principio de benevolencia en el discurso médico sobre el espectro intersexual

Juan Carlos Jorge¹⁴

Resumen

Este trabajo examina el uso de principios bioéticos en el discurso médico oficial para el manejo quirúrgico. Para esto, se consultaron los Materiales educativos en vídeo de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos sobre las “diferencias del desarrollo sexual”, los cuales fueron sometidos a un análisis semicuantitativo. También se consultaron algunos documentos digitales disponibles en la web para determinar los países latinoamericanos que permiten el cambio de nombre y sexo registral sin el prerrequisito de cirugías genitales. La reconceptualización del principio de benevolencia desde el humanismo médico es utilizada como estrategia retórica para privilegiar la mirada biotécnica del saber experto y para asegurar el manejo clínico del espectro intersexual. En contraste, la política pública de diez países

14 PhD, profesor e investigador del Departamento de Anatomía y Neurobiología, Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0636-269X> Correo electrónico: juan.jorge@upr.edu

latinoamericanos hace prioritarios principios de bioética y derechos humanos al no requerir cirugías genitales. El principio de la benevolencia en el discurso médico oficial de los Estados Unidos es un acto fallido al omitir de la discusión las cirugías genitales y al continuar privilegiando el saber experto. El espectro intersexual permite estudiar las interseccionalidades entre sexo/género, bioética y derechos humanos y reafirma la necesidad de inclusión de estos temas en la formación académica desde nuestras latitudes.

Palabras clave: intersexualidad, desórdenes/diferencias de desarrollo sexual, benevolencia, humanismo médico, protocolos médicos.

Abstract

This paper examines the use of bioethical principles in the official medical discourse for the surgical management of these cases. Educational materials on video from the American Association of Medical Schools on ‘differences in sexual development’ were subjected to semi-quantitative analysis. Digital documents available on the web were revised to catalog Latin American countries that allow the change of name and registered sex without the prerequisite of genital surgeries. The reconceptualization of the principle of benevolence from medical humanism is used as a rhetorical strategy to privilege the biotechnical gaze of expert knowledge and to ensure the clinical management of the intersex spectrum. In contrast, the public policy of ten Latin American countries gives priority to principles of bioethics and human rights by not requiring genital surgeries. The principle of benevolence in the official medical discourse of the United States is a failed act by omitting genital surgeries from the discussion and by continuing to privilege expert knowledge. The intersex spectrum allows us to study the intersectionality between sex/gender, bioethics and human rights and reaffirms the need to include these issues in academic training from our latitudes.

Keywords: intersexuality, disorders/differences of sex development, benevolence, medical humanism, clinical protocols.

Resumo

Este artigo examina o uso de princípios bioéticos no discurso médico oficial para o manejo cirúrgico desses casos. Materiais educativos de vídeo da Associação Americana de Escolas Médicas Americanas sobre “diferenças no desenvolvimento sexual” foram submetidos à análise semi-quantitativa. Documentos digitais disponíveis na web foram revisados para catalogar países latino-americanos que permitem a mudança de nome e sexo registrado sem o pré-requisito de cirurgias genitais. A reconceptualização do princípio da benevolência do humanismo médico é usada como estratégia retórica para privilegiar o olhar biotécnico do conhecimento especializado e garantir o manejo clínico do espectro intersexual. Em contrapartida, a política pública de dez países latino-americanos prioriza os princípios da bioética e dos direitos humanos por não exigir cirurgias genitais. O princípio da benevolência no discurso médico oficial dos Estados Unidos é um ato fracassado ao omitir cirurgias genitais da discussão e por continuar a privilegiar o conhecimento especializado. O espectro intersexual nos permite estudar as interseccionalidades entre sexo/gênero, bioética e direitos humanos e reafirma a necessidade de incluir essas questões na formação acadêmica a partir de nossas latitudes.

Palavras-chave: interesse, transtornos/diferenças no desenvolvimento sexual, benevolência, humanismo médico, protocolos médicos.

DOI: [10.58863/20.500.12424/4284654](https://doi.org/10.58863/20.500.12424/4284654)

Introducción

El espectro intersexual, conjunto de variantes humanas entre el binario “varón-hembra”, ha sido tradicionalmente pensado desde el ámbito de la medicina y sus biotecnologías. El algoritmo clínico se utiliza para asignar el sexo, pues se estableció con el descubrimiento de las gónadas, de los cromosomas accesorios renombrados como “cromosomas sexuales”, y de los esteroides de fuente gonadal nombrados como “hormonas sexuales”, y la apariencia genital fue desde el periodo del Renacimiento de la medicina en el siglo XVI tomado como el corolario clave de sexo; pene-varón, clítoris-hembra (Colombo, 1559).

En esta lógica binaria quedó imbricada en otro patrón binario: varón-masculino, hembra-femenina, y en este último grupo quedó a su vez imbricado en otro más: masculino-activo y femenina-pasiva. De este modo, desde el siglo XVI, quedó anclada la trilogía “sexo-género-reproducción” en la biomedicina y validada por otros sistemas del orden social (Jorge, 2011).

Por encargo social, se responsabiliza al saber biomédico determinar “el sexo verdadero” de una criatura cuya apariencia genital al momento de nacer no es típica de un clítoris (< 1 centímetro de longitud) ni de un pene (entre 2.5 a 4.0 centímetros de longitud), por lo que la señal o el signo más simple, y reduccionista del cuerpo *intersexual*, es aquel que al nacimiento presenta un falo entre 1.0 y 2.4 centímetros.

Es esta apreciación estética del cuerpo sexual la que gatilla el algoritmo clínico de clasificación sexual cuando nace una criatura intersexual, al responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el cariotipo de la criatura? ¿46, XX o 46, XY? ¿Cuál es la gónada de la criatura? ¿Ovario o testículo? ¿Qué predomina en la producción hormonal cuando se estimula artificialmente la gónada? ¿Estrógenos/progestinas o andrógenos? Es la sumatoria de estos binarios la

que clínicamente determina “el sexo verdadero” de una criatura intersexual, al corroborar los siguientes parámetros: 46, XX + ovarios + estrógenos/progestinas = hembra *vis á vis* 46, XY + testículos + andrógenos = varón.

En 2020, un grupo de expertos del Instituto Nacional de Diabetes, Enfermedades Digestivas y del Riñón (NIDDK por sus sílabas en inglés) y de la Asociación Americana de Urología (AUA por sus sílabas en inglés) de los Estados Unidos, propusieron renombrar la intersexualidad humana como las “anomalías congénitas de la genitalia externa” (Stadler et al., 2020). Cada país tiene su sistema de monitoreo de condiciones congénitas, por lo que cada sistema tiene su propia metodología y toma decisiones de cuáles condiciones monitorean. Esto imposibilita comparar con precisión matemática datos internacionales sobre la prevalencia de condiciones congénitas dentro del espectro intersexual. Por lo que, en términos generales e imprecisos, un clítoris alargado con fusión parcial o completa de los labios o un pene con una apertura del meato uretral que anatómicamente no ubica en su posición típica cerca de la punta del glande del pene figuran, son considerados como fenotipos comunes dentro del espectro (Jorge, 2007). Los diagnósticos clínicos en los casos nombrados son “hiperplasia adrenal congénita” e hipospadias, respectivamente. Los neonatos con estos diagnósticos usualmente reciben intervención clínica durante la infancia. Una vez confirmado el diagnóstico, hay certeza clínica de que casos de hiperplasia adrenal congénita deben ser asignados al sexo hembra y de que casos de hipospadias deben ser dados al sexo varón.

Existen varios tipos de hiperplasia adrenal congénita, en los cuales son realizadas intervenciones clínicas: en los casos *simple virilizante*, las intervenciones están dirigidas a monitorear y regular mediante el uso de medicamentos la producción de andrógenos de fuente adrenal, para así prevenir las secuelas que afectan la salud del paciente a largo plazo. En los casos de *pérdida de sal* las intervenciones clínicas están dirigidas a prevenir la muerte neonatal. En

el caso de *hipospadias moderadas y severas*, la intervención clínica está dirigida a asegurar el funcionamiento adecuado del sistema urinario, realizando la apertura uretral, se relocaliza quirúrgicamente las zonas proximales a la posición típica del glande, así se modifica la curvatura del pene y se elimina el tejido redundante de prepucio dorsal.

Uno de los temas de mayor importancia, por las consecuencias emocionales generadas en los pacientes, son aquellas relacionadas con la cirugía genital como parte del tratamiento médico (Dreger, 1998; Feder & Dreger, 2016). Lo anterior, nos lleva a realizar el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles cirugías están dirigidas a preservar la vida y cuáles están dirigidas a alcanzar un ideal estético? De esta manera, volvemos a lo que originalmente se tomó como corolario de sexo, la apariencia genital, tomada ahora como un signo o un síntoma que requiere corrección quirúrgica. Es precisamente en esta frontera contenciosa en donde la bioética y los derechos humanos monitorean y denuncian aquellas prácticas quirúrgicas que departen de la buena intención médica (Feder, 2014, 2015; Reis, 2019; De Sutter 2020). Un estudio reciente demostró que los principios bioéticos y los derechos humanos son relevantes a la hora de realizar la toma de decisiones clínicas, como es el caso de efectuar la reducción cosmética del clítoris en el caso de infantes identificadas como niñas intersex (Smith & Hegarty, 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo examina el uso del principio de la benevolencia en el discurso médico oficial de los Estados Unidos de Norteamérica. Para justificar el manejo clínico de estos casos, se tiene en cuenta los casos de genioplastia como parte del tratamiento médico, y se realiza una revisión documental de los países latinoamericanos que no requieren cirugías genitales previas para el cambio de nombre legal y sexo registral.

Metodología

La Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC por sus sílabas en inglés) y la Asociación Médica Americana coauspician el Comité Enlace de Educación Médica (LCME por sus sílabas en inglés), entidades que otorgan la acreditación a todos los programas académicos en educación médica en los Estados Unidos. En este estudio, se revisaron los materiales educativos en formato de vídeo de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos, en específico, aquellos que documentan las “diferencias del desarrollo sexual”, y que son dirigidos a estudiantes de medicina y la facultad médica, los cuales, fueron sometidos a un análisis semicuantitativo (NVivo Program®, QSR International). Se realizaron transcripciones automatizadas del audio de los videos *Teaching Differences of Sex Development* (AAMC, 2015a) e *Inclusion of LGBT and DSD Content in Faculty Development Activities* (AAMC, 2015b), y fueron sometidos a un análisis semicuantitativo de palabras en inglés, por ser el idioma en que los materiales fueron producidos. En el presente artículo se presentarán los resultados traducidos al español por el autor.

Para realizar el análisis se incluyeron aquellas palabras que fueron utilizadas en más de un 0.19 %, del total de palabras de la fuente consultada. Los verbos y adjetivos que no estaban relacionados con el tema de estudio, así como conjunciones, preposiciones, pronombres y muletillas de expresión en lenguaje hablado, fueron excluidas del análisis. Las palabras relacionadas, como, por ejemplo, *surgery* [nombre], *surgical* [adjetivo], y *surgically* [adverbio], fueron codificadas como nombre.

Las discrepancias en la selección, exclusión y codificación de palabras fueron resueltas por decisión unánime por un panel de tres evaluadoras. Para minimizar el sesgo en el análisis, primero, se estableció el listado final de palabras para cada fuente y luego se procedió con el análisis cuantitativo de las

transcripciones. Como parte del análisis cualitativo, una vez se identificaron las diez palabras de mayor uso en cada fuente, se procedió a identificar las oraciones y el contexto discursivo en el que fueron empleadas.

Para contrastar la posición de los Estados Unidos con relación a las cirugías genitales, se consultaron algunos documentos digitales disponibles en la web, los cuales fueron revisados para catalogar los países latinoamericanos que permiten el cambio de nombre y de sexo registral sin el prerequisite de cirugías genitales.

Resultados

En el análisis cuantitativo de las palabras del video dirigido a los estudiantes de medicina titulado, *Teaching Differences of Sex Development* (AAMC, 2015a), se identificó el uso frecuente de 104 palabras, mientras que el video dirigido a facultad médica titulado, *Inclusion of LGBT and DSD Content in Faculty Development Activities* (AAMC, 2015b), se identificó el uso frecuente de 94 palabras. Las dos palabras de mayor uso en ambos videos fueron “[I] think” ([Yo] creo) y *people* (gente).

Un análisis del contexto discursivo muestra la referencia reiterada al saber experto ([Yo] creo) y la referencia a una práctica médica humanista, explicada en estos videos como una práctica centrada en el paciente (gente). En su contexto discursivo, destacamos las siguientes aseveraciones:

Así que creo que lo primero es educarse lo más posible sobre la Diferencia de Desarrollo Sexual. Son condiciones raras que ocurren.

Y creo que es realmente importante que los aprendices entiendan que la diferencia de desarrollo sexual no implica alguna variación en la identidad de género o la expresión de género o la orientación sexual.

Es un desequilibrio hormonal crónico, al igual que la diabetes podría ser, por ejemplo, o es un rasgo al igual que ser alto o rubio, y eso ayuda a la gente a ponerlo en contexto, creo.

Creo que la mejor manera de hacerlo es comenzar como siempre lo hacemos de una manera suave y abierta, es decir, ¿cuál es tu comprensión de su historial médico? ¿O cuál es tu comprensión sobre tu cuerpo o tu anatomía? ¿Cuál es su comprensión de cómo surgió esto? ¿Qué sabes ya?

Y creo que la otra cosa que los proveedores deben hacer es comenzar a trabajar con las familias para encontrar metáforas que funcionen para entender cuál es la condición, ya sea que estés tomando prestado a un colega mío que trabaja en Buffalo, él usa el lenguaje del “jugo de niña” y el “jugo de niño” y algunas personas tienen “jugo de todo” [mezclado] y algunas personas tienen [más] jugo de niña [y] algunas personas tienen un poco de ambos.

Así que creo que hay, por ejemplo, que las compañías de seguros han estado trabajando en la diversidad más tiempo que nosotros en medicina y con más éxito.

[C]reo que hiciste un excelente punto sobre el posible sesgo implícito.

Creo que también preguntar a los estudiantes qué es lo que realmente están recibiendo porque el plan de estudios puede decir que este es un curso de sexualidad humana, pero puede centrarse en la anticoncepción y los comportamientos reproductivos y no entrar en las identidades sexuales.

Bueno, creo que solo recordar que esto siempre va a ser un trabajo en progreso, que nunca estaremos al 100 por ciento¹⁵. (AAMC, 2015a; AAMC, 2015b)

Es de interés para este trabajo considerar el uso de la palabra *surgery*, en la forma de nombre, adjetivo o adverbio, ya que no figuró en el listado global de palabras de mayor uso en los videos consultados.

Ante la falta de una posición oficial de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos referente a las cirugías genitales en los casos de intersexualidad, se consultaron los documentos realizados en los países latinoamericanos que reconocen el derecho a la identidad de género. En esta revisión encontramos que Argentina encabeza el listado de países que reconoce la identidad de género sin la validación del orden judicial o médica desde el año 2012. A este país se le suman México, Colombia, Costa Rica, Bolivia, Ecuador, Brasil, Chile y Uruguay. En el caso de algunos de los países del Caribe, la posición al respecto es consecuente con las políticas de los países de los cuales son subalternos. Los municipios especiales de los Países Bajos (Bonaire, Seba y San Eustaquio), los departamentos de ultramar de Francia (Guadalupe y Martinica) y el territorio no incorporado de los Estados Unidos (Puerto Rico) permiten cambios de nombre y sexo registral. La República Dominicana, Trinidad y Tobago, por ejemplo, permiten el cambio de nombre legal.

Discusión

El manejo clínico de la intersexualidad humana en los Estados Unidos y sus territorios es un claro ejemplo de cómo las prácticas institucionalizadas que

15 Traducción propia.

no validan los derechos humanos como un principio fundamental y no negociable, se reapropian de principios bioéticos como recurso retórico para imponer el dogma de la trilogía “sexo-género-reproducción”. Este régimen complejo de creencias, cuidadosamente anclado en una secuencia de sistemas binarios (varón-masculino, hembra-femenino, masculino-activo y femenina-pasiva), quedaron efectivamente naturalizados durante la primera mitad del siglo XX en la apariencia genital al momento de nacer (Jorge, 2010). Es el caso de la propuesta más reciente de una de las entidades que hace parte de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos y de la Asociación Americana de Urología, en donde se arraiga la creencia de que el sexo/género se naturaliza en los órganos genitales (Stadler et al., 2020).

Las buenas intenciones del personal médico están dirigidos a ejecutar dicho régimen, sin cuestionarlo. Sin embargo, los movimientos sociales y las prácticas culturales se organizan y promueven otro sistema de creencias, entendiendo al sexo y al género desde las identidades no binarias. Es aquí en donde prácticas médicas que antes fueron tomadas como prácticas biotecnológicas se desdoblán en una práctica cultural contextualizada en el tiempo y en el espacio (Timmermans et al., 2019), especialmente en aquellos en donde no se reconocen los derechos sexuales como parte inexorable de los derechos humanos (Jorge et al., 2019, Logie et al., 2021). La afirmación “yo soy benevolente” intenta fallidamente asegurar el lugar privilegiado del saber experto en materias de sexo/género ya que la afirmación “yo creo” no es suficiente para justificar las cirugías genitales.

A partir del análisis discursivo de tal afirmación se comprende que la intención desde el humanismo médico es minimizar la complejidad clínica del espectro intersexual. Las afirmaciones como “yo creo” presuponen la benevolencia innata de toda práctica médica. Así se reconoce un posible sesgo implícito en la forma en que se presentan los contenidos temáticos en el currículo

médico, lo que nos lleva a reconocer que nunca se alcanzarán estrategias educativas efectivas que transmitan con eficacia este contenido. La afirmación “yo creo” además ignora que la geopolítica hace parte del conocimiento, pues ubica a los Estados Unidos como el líder en esta posición, y privilegia al saber experto del médico sobre el del paciente.

Es así como el análisis de los videos educativos de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina demuestra el énfasis en el campo de la medicina desde la perspectiva del humanismo médico. Como parte de esta estrategia, podemos reconocer el manejo cuestionable de los casos clínicos de intersexualidad. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se han presentado situaciones de manipulación o secuestro de información, los cuales han afectado a los padres de los niños intersexuales. El llamado de atención sobre el uso de los materiales educativos que aquí analizamos es a que los profesionales de la salud conozcan la historia de la manipulación de información en favor de un servicio clínico humanista (Thibault, 2019). A pesar de que son casos aislados en el tiempo, la tradición de la manipulación de la información en los Estados Unidos parece no haber desaparecido.

Un estudio reciente encontró que los médicos que trabajan en las clínicas especializadas para el tratamiento de la intersexualidad se benefician de la falta de conocimiento médico-científico de los padres para predecir la identidad de género de una criatura intersex, empleando una estrategia para imponer sus recomendaciones clínicas (Timmermans et al., 2018). Este desconocimiento se refiere a la falta de validación científica de una presunta “embriología del género” (Jorge, 2010). De esta forma, los médicos y los padres proyectan el destino del sexo-genérico de la criatura intersex y toman decisiones quirúrgicas irreversibles en el presente (Timmermans et al., 2019).

Retomando el material filmico analizado en este trabajo, encontramos que en ellos también se ignora uno de los temas claves en la revisión de los proto-

colos médicos, como lo es la relación entre el manejo de la intersexualidad a nivel global y las cirugías genitales. Paradójicamente, este vacío lacera fatalmente su llamado a la benevolencia. Las cirugías genitales son comúnmente efectuadas en la infancia, niñez o temprana adolescencia, por lo cual, los temas de consentimiento informado y autonomía para tomar decisiones clínicas entran en discusión. Entonces, en el caso de la infancia, los cuestionamientos a estas prácticas médicas serían ¿cómo ser benevolente con una criatura intersex que aún no tiene acceso al lenguaje? y ¿cómo ser benevolente con personas en edad pediátrica que no tienen agencia legal sobre su cuerpo?

La bioética no reconoce algún requisito de edad para exigir y recibir benevolencia. He aquí una coincidencia de carencias en el cuidado médico de personas intersex en Estados Unidos y sus territorios, en los temas de derechos y de minusvalía bioética.

Destacamos aquí la contribución de los países latinoamericanos en el manejo clínico y socio-legal al derecho a la identidad de género independientemente de la apariencia genital. Es pertinente aclarar que nuestro acercamiento al tema no permite distinguir entre los casos que se refieren a personas de identidades trans¹⁶, los casos de personas con diagnósticos bajo el espectro intersexual independientemente de su identidad socio-sexual y los casos de personas cuya autoidentificación sexo-genérica es intersex. A pesar de esta limitación de análisis encontramos que, desde 2012, Argentina encabeza el listado de países latinoamericanos que promueve el derecho a la identidad de género sin la necesidad de validación de las cortes, y sin la necesidad de cirugías genitales previas.

Esta posición social, política y cultural es benevolente hacia personas con identidades plurales. A este se le suman otros países de Suramérica, como lo son Colombia, Bolivia, Ecuador, Brasil, Chile y Uruguay. Es importante sub-

16 Esto es, transexual, transgénero o en tránsito.

rayar que Colombia asentó precedentes legales de gran alcance para legislar, y luego prohibir las cirugías genitales a infantes intersexuales sin el consentimiento de la persona, mientras que Chile ha sido particularmente puntual en proveer el mecanismo registral de “sexo indeterminado” para eliminar la justificación médico-legal comúnmente utilizada para practicar las cirugías genitales intersex.

En el caso de Centroamérica, países como México y Costa Rica, también validan el derecho a la identidad de género sin el prerrequisito de validación médico-legal. Es de resaltar el caso de México, pues sus estados individuales han venido adoptando esta medida social a partir de la acogida por parte de la Ciudad de México en el año 2015. La posición de la mayoría de los países del Caribe prohíbe el cambio del nombre legal y el sexo registral. En este caso se resalta la posición de Puerto Rico por no prohibir las cirugías genitales, mientras que municipios especiales y departamentos de ultramar en el Caribe acogen la posición de los Países Bajos y Francia, respectivamente. En República Dominicana se requiere de un decreto ejecutivo para el cambio de nombre legal. Esta primera aproximación en el análisis de la contribución de los países latinoamericanos en eliminar mecanismos regulatorios de sexo/género revela que dos países de Centroamérica, y ocho países de Suramérica, han adoptado posiciones de avanzada en el bienestar y la protección a la dignidad humana en un corto periodo de tiempo.

La situación en la región del Caribe es compleja, en parte por su diversidad en los sistemas políticos y su legislación. Por ejemplo, en Cuba se promueven políticas públicas para la protección a las identidades sexuales diversas mientras regula algunas, pero no todas, las intervenciones quirúrgicas genitales. Cabe señalar que, en países latinoamericanos, aún queda por realizar muchos acercamientos teóricos y trabajos de investigación sobre este tema que permitan la creación de políticas públicas y la implementación de prácticas institucionales en beneficio al ejercicio pleno de la sexualidad, la libre expresión de

las identidades sexo-genéricas, y el derecho a la salud sexual y reproductiva (Malta et al., 2019).

Conclusión

El espectro intersexual permite estudiar las interseccionalidades entre sexo/género, desde la bioética y los derechos humanos. Este trabajo permite reafirmar la necesidad de la inclusión de estos temas en la formación académica de las futuras generaciones de profesionales de la salud en nuestras latitudes. Este estudio de caso empleado en las ciencias de la salud también nos permite aprender una gran lección brindada desde el campo de la bioética (Walker, 2006), como es el caso de los experimentos de Tuskegee, realizados en los Estados Unidos entre los años 1932 y 1972, en esta ocasión, la práctica médica no consentida para el estudio de la sífilis que, se realizó gracias al aval del Servicio de Salud Pública. También es necesario considerar el gesto bioético del expresidente de los Estados Unidos, Bill Clinton, en el caso de los hombres afroamericanos (Statcher, 2012) y del expresidente del mismo país, Barack Obama, en el caso de Guatemala (Hopkins J, 2010). La mirada crítica a estos casos paradigmáticos nos hace comprender que la benevolencia no es posible sin antes retribuir por los daños del pasado y, vehementemente, pedir perdón.

Agradecimiento

El autor reconoce y agradece la contribución de Frances Ortiz-López, Gisette A. Rodríguez-Cintón y Jennyvete Trinidad-Piñeyro a este trabajo, así como el financiamiento institucional bajo el mecanismo de *Established Researcher Award* a través de Título V- Departamento de Educación de los Estados Unidos otorgado al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (PO31S200104).

Referencias

- Association of American Medical Colleges. (2015a). *Teaching Differences of Sex Development* <https://www.aamc.org/what-we-do/diversity-inclusion/lgbt-health-resources/videos/teaching-differences-sex-development-pt1>, <https://www.aamc.org/what-we-do/diversity-inclusion/lgbt-health-resources/videos/teaching-differences-sex-development-pt2>,
- Association of American Medical Colleges. (2015b). *Inclusion of LGBT and DSD Content in Faculty Development Activities*. <https://www.aamc.org/what-we-do/diversity-inclusion/lgbt-health-resources/videos/faculty-development-activities>.
- Colombo, R. (1559). Realdi Columbi Cremonensis, in almo gymnasio Romano anatomici celeberrimi *De re anatomica, libri XVI* Ex Typographia Nicolai Beuilacquæ.
- De Sutter, P. (2020). DSD: A Discussion at the Crossroads of Medicine, Human Rights, and Politics. *Frontiers in Pediatrics*. 8(125). doi: 10.3389/fped.2020.00125
- Dreger, A. D. (1998). Ambiguous sex –or ambivalent medicine–. *Hastings Center Report*, 28(3), 24-35.
- Feder, E. K. (2014). *Making sense of intersex: Changing ethical perspectives in biomedicine*. Indiana University Press.
- Feder, E. K. (2015). Beyond good intentions. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2), 133-138.
- Feder, E. K., & Dreger, A. (2016). Still ignoring human rights in intersex care. *Journal of Pediatric Urology*, 12. 436–437. <http://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.05.017>.
- Hopkins, J. (2010). President Obama apologises to Guatemala over 1940s syphilis study. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5494>.

- Jorge, J. C. (2007). Statistical management of ambiguity: bodies that defy the algorithm of sex classification. *DataCrítica: International Journal of Critical Statistics*, 1(1), 19-37. <http://datacritica.info/ojs/index.php/datacritica/article/viewArticle/6>.
- Jorge, J. C. (2010). La embriología del género y modelos moleculares emergentes para explicar la diferenciación sexual. *Sexología*, 15(2), 37-49.
- Jorge, J. C. (2010). El corpus sexual de la biomedicina. *Sexología y Sociedad*, 42, 22-34.
- Jorge, J. C. (2011). *Lecciones médicas sobre la variante sexual: el hermafrodita del siglo XVI y el intersexual del siglo XXI*. *Cuicuilco*, 18 (52), 251-272.
- Jorge, J. C., Valerio-Pérez, L., Esteban, C. y Rivera-Lassen, A. I. (2019). Intersex care in the United States and international standards of human rights. *Global Public Health*, 16(5), 679-691. <http://doi.org/10.1080/17441692.2019.1706759>.
- Logie, C. H., Pérez-Brumer, A. y Parker, R. (2021). The contested global politics of pleasure and danger: sexuality, gender, health and human rights. *Global Public Health*, 16(5), 651-663. <http://doi.org/10.1080/17441692.2021.1893373>.
- Malta, M., Cardoso, R., Montenegro, L., Gómez de Jesús, J., Seixas, M., Benevides, B., Silva, M. D., LeGrand, S. y Whetten, K. (2019). Sexual and gender minorities rights in Latin America and the Caribbean: a multi-country evaluation. *BMC Int Health Human Rights*, 19 (31). <http://doi.org/10.1186/s12914-019-0217-3>.
- Reis, E. (2019). Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery. *Medical Law Review*, 27(4), 658-674. <http://doi.org/10.1093/medlaw/fwz007>.

- Stadler, H.S., Peters, C.A., Sturm, R.A., Baker, L.A., Best, C.J.M., Bird, V.Y., Geller, E., Hoshizaki, D.J., Knudsen, T.B., Norton, J. M., Romao, R.L.P. y Cohn, M.J. (2020). Meeting report on the NIDDK/AUA Workshop on Congenital Anomalies of External Genitalia: challenges and opportunities for translational research. *Journal of Pediatric Urology*, 16, 791-804. <http://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.09.012>.
- Smith, A. y Hegarty, P. (2021). An experimental philosophical bioethical study of how human rights are applied to clitorrectomy on infants identified as female and as intersex. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 548-563. <http://doi.org/10.1080/13691058.2020.1788164>.
- Statcher, D. (2012). The Legacy of the Syphilis Study at Tuskegee in African American Men on Health Care Reform Fifteen Years After President Clinton's Apology. *Ethics & Behavior*, 22(6), 486-488. [10.1080/10508422.2012.730005](http://doi.org/10.1080/10508422.2012.730005).
- Thibault, G. E. (2019). Humanism in medicine: What does it mean and why is it more important than ever? *Academic Medicine*, 94, 1074-1077. [://doi.org/10.1097/AMC.0000000000002796](http://doi.org/10.1097/AMC.0000000000002796).
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P.Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E.; Siminoff, L. A y Sandberg, D. E. (2018). Does Patient-centered Care Change Genital Surgery Decisions? The Strategic Use of Clinical Uncertainty in Disorders of Sex Development Clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520-535.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A y Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: assigning gender in Disorders of Sex Development-Intersex clinics. *Sociology of Health and Illness*, 41(8), 1520-1534.

Walker, M. U. (2006). *Moral repair: Reconstructing moral relations after wrongdoing*. Cambridge University Press.