

Mutilación Genital Intersex

Violaciones de los derechos humanos de los niños con variaciones de la anatomía sexual



**HUMAN
RIGHTS FOR
HERM
APHRODITES
T O O !**

**Informe de ONG
del 5to y 6to Informe Periódico de España
sobre la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**

Compilado por:

Brújula Intersexual (ONG Internacional por los derechos humanos intersex)

Laura Inter

brujulaintersexual_at_gmail.com

<https://brujulaintersexual.org/>

Facebook: <https://www.facebook.com/Brujulaintersex>

Twitter: @brujulaintersex

StopIGM.org / Zwischengeschlecht.org (International Intersex Human Rights NGO)

Markus Bauer

Daniela Truffer

Zwischengeschlecht.org

P.O.Box 2122

8031 Zúrich

Suiza

info_at_zwischengeschlecht.org

<http://StopIGM.org/>

Traducción al español por Laura Inter y Hana Aoi

Versión en español 1.1: Enero 2017

Contiene referencias adicionales de Guía de actuación de la SEEP 2017 en las secciones MGI 2 y MGI 1, y una referencia adicional de las directrices del EAU/ESPU 2017, en la sección MGI 2.

Informe de ONG en línea (versión en español):

<http://intersex.shadowreport.org/public/2017-CRC-Espana-NGO-Brujula-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>

Versión original en inglés 1.0: Diciembre 2017

Informe de ONG en línea (versión en inglés):

<http://intersex.shadowreport.org/public/2017-CRC-Spain-NGO-Brujula-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>



Resumen Ejecutivo

Hoy en día, todas las formas típicas de prácticas de MGI todavía son realizadas en España, facilitadas y pagadas por el Estado parte a través del Sistema Nacional de Salud pública (SNS). Los padres y los niños son mal informados, condenados al secreto, aislados y privados de un apoyo adecuado.

Por lo tanto, **España incumple sus obligaciones** en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño para (a) adoptar medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole, para evitar que se lleven a cabo prácticas nocivas en niños intersex, que causan dolor y sufrimiento grave, tanto físico como mental, a las personas afectadas y (b) **garantizar el acceso a una indemnización y la justicia**, incluida una **indemnización** justa y adecuada y una **rehabilitación** para las víctimas lo más completa posible, como se estipula en el **art. 24 párrafo 3** de la Convención, junto con la **Observación General Conjunta No. 18/31** “sobre las prácticas nocivas”).

El **CDN, CEDM, CCT, CDPD, PDCP**, el Relator Especial de la ONU sobre Tortura (**RET**), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (**ACNUDH**), la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (**CIDH**), la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (**CADHP**), el Consejo de Europa (**CdE**) y otros, han **reconocido constantemente** que las prácticas de MGI son una violación del derecho internacional y ha pedido una **legislación** para (a) poner fin a la práctica, (b) garantizar la reparación e indemnización y (c) proporcionar acceso a asesoramiento gratuito.

Las **personas intersex** nacen con **variaciones de la anatomía sexual**, que incluyen genitales atípicos, órganos atípicos productores de hormonas sexuales, respuesta atípica a las hormonas sexuales, configuración genética atípica y/o características sexuales secundarias atípicas. Aunque los niños intersex pueden enfrentar varios problemas, en el “mundo desarrollado” los más acuciantes son las **mutilaciones genitales intersex (MGI)** que continúan ocurriendo, lo que representa un problema distinto y único que constituye violaciones significativas de los derechos humanos.

Las **prácticas de MGI** incluyen **cirugías genitales cosméticas no consentidas, médicamente innecesarias, irreversibles y otros procedimientos médicos nocivos**, que no serían considerados para niños “normales”, además de que no existe evidencia de su beneficio para los niños afectados, y son fundamentados en creencias y normas sociales y culturales. Las **formas típicas** de MGI incluyen “masculinización” y “feminización”, cirugía genital “correctiva”, procedimientos de esterilización, imposición de hormonas, exámenes genitales forzados, dilataciones vaginales, exposición médica, experimentación humana y la negativa para proporcionar atención médica necesaria.

Las prácticas de MGI causan **dolor y sufrimiento grave, tanto físico como mental, de por vida**, incluyendo pérdida o deterioro de la sensibilidad sexual, cicatrices dolorosas, relaciones sexuales (coito) dolorosas, incontinencia, estenosis uretral, deterioro o pérdida de la capacidad reproductiva, dependencia de por vida a hormonas artificiales, índices significativamente elevados de comportamiento autodestructivo y tendencias suicidas, sufrimiento y trauma mental de por vida, incremento en la ansiedad sexual menor actividad sexual e insatisfacción con los resultados funcionales y estéticos.

Durante 25 años, las personas intersex han denunciado públicamente que la MGI es **dañina y traumática**, una forma de **mutilación genital y abuso sexual infantil**, además de un tipo de **tortura o maltrato**, y han solicitado una legislación para prevenir esto y garantizar soluciones.

Este **Informe temático de ONG**, fue preparado por las ONG internacionales **intersex StopIGM.org / Zwischengeschlecht.org** y **Brújula Intersexual**, en colaboración con niños y adultos intersex y padres de niños intersex de España.

Contiene **Recomendaciones sugeridas** y un Anexo con **4 Casos de estudio**.

Informe de ONG
del 5to y 6to Informe Periódico de España
sobre la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)

Tabla de Contenidos

Prácticas MGI en España

Resumen Ejecutivo	3
Introducción	5
1. Intersex, prácticas de MGI y derechos humanos en España.....	5
2. Sobre los relatores	5
3. Metodología.....	6
A. Antecedentes: intersex, MGI y tergiversación.....	7
1. Prácticas de MGI: intervenciones médicas involuntarias e innecesarias.....	7
2. La intersexualidad NO ES LO MISMO que LGBT o SOGI.....	7
3. Tergiversación de la mutilación genital como “atención médica”	8
B. Prácticas de MGI en España: generalizadas y patrocinadas por el Estado ..	10
1. Prácticas de MGI en España: generalizadas e indiscutibles	10
a) Resumen: falta de protección para las personas intersex en España	10
b) MGI 3 - Procedimientos de esterilización	11
c) IGM 2 - “Procedimientos de feminización”	12
d) MGI 1 - “Cirugía masculinizante”	13
e) MGI 4: otras intervenciones y tratamientos médicos innecesarios y dañinos	15
f) Hospitales universitarios públicos españoles implicados en redes MGI internacionales	15
2. Prácticas de MGI en España como una violación de la CDN.....	16
a) Práctica nociva (artículo 24 (3) y OGC no. 18 sobre las prácticas nocivas)	16
b) Violencia contra los niños (artículo 19 y OG no. 13).....	17
3. Falta de disposiciones legislativas, impunidad de los perpetradores	17
4. Obstáculos a la reparación y indemnización	18
C. Conclusión: España está incumpliendo sus obligaciones	20
D. Recomendaciones Sugeridas.....	21
E. Anexo “Estudios de casos”	22
Caso de estudio No. 1	22
Caso de estudio No. 2	23
Caso de estudio No. 3	25
Caso de estudio No. 4	26

Introducción

1. Intersex, prácticas de MGI y derechos humanos en España

España será considerada para sus exámenes periódicos 5° y 6° por el CDN. Desafortunadamente, **los niños intersex no fueron mencionados en el Informe del Estado.**

Este informe de ONG muestra que los médicos en **clínicas universitarias públicas españolas**, frecuentemente realizan **prácticas de MGI**, que incluyen cirugías genitales cosméticas no consentidas, médicamente innecesarias e irreversibles, procedimientos de esterilización y otros tratamientos dañinos para niños y adolescentes intersex, **que los supervivientes han descrito como mutilación genital y tortura.** Se sabe que las prácticas de MGI causan dolor y sufrimiento grave de por vida, tanto físico y psicológico; y **este Comité, y otros órganos creados en virtud de tratados de la ONU, han reconocido reiteradamente que constituyen una práctica nociva**, además de tortura o malos tratos.

A pesar de las continuas críticas públicas a la práctica en España por sobrevivientes de MGI y expertos legales, hasta el día de hoy, el Estado no solo **falla en tomar medidas legislativas, administrativas u otras acciones para prevenir la práctica**, sino que, de hecho, **la financia directamente** a través del Sistema Nacional de Salud pública (SNS) y mediante la financiación de las clínicas universitarias públicas y hospitales pediátricos que practican la MGI, **violando así su deber de prevenir prácticas nocivas** (Art. 24 (3)) en conjunción con la Observación General Conjunta CDN-CEDM 18/31).

2. Sobre los relatores

Este informe temático de ONG ha sido preparado por las ONG internacionales intersex:

Brújula Intersexual y *StopIGM.org / Zwischengeschlecht.org* en colaboración con niños y adultos intersex, y sus padres, todos españoles.

- **Brújula Intersexual**, es una ONG con sede en México, fundada por Laura Inter en 2013. Sus principales objetivos son informar, difundir y visibilizar todo lo relacionado con la intersexualidad, principalmente para personas de habla hispana. Da prioridad a la opinión de las personas intersex sobre la opinión médica. También es un espacio que ofrece ayuda y orientación a personas intersex de habla hispana y sus familias, provenientes de países como México, Colombia, España, Argentina, Chile, entre otros.¹
- **StopIGM.org / Zwischengeschlecht.org**, fundada en 2007, es una ONG internacional de derechos humanos con sede en Suiza, dirigida por personas intersex, sus parejas, familiares y amigos. Trabaja para representar los intereses de las personas intersex y sus familiares, para crear conciencia y luchar contra las prácticas de MGI y otras violaciones de los derechos humanos perpetradas contra personas intersex, de acuerdo con su lema: *“¡Derechos humanos también para los hermafroditas!”*.² Según su estatuto,³ *Zwischengeschlecht.org* trabaja para ayudar a las personas interesadas a buscar indemnización y justicia. *StopIGM.org* frecuentemente realiza informes para los órganos

1 <https://brujulaintersexual.org/>

2 Páginas en inglés: <http://StopIGM.org/>, páginas en alemán: <http://Zwischengeschlecht.org/>

3 <http://zwischengeschlecht.org/post/Statuten>

creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas.⁴

Además, los Relatores desean agradecer el trabajo de la **Asociación y grupo de Apoyo a favor de las personas afectadas por el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos y condiciones relacionadas (GrApSIA)**.⁵ Y nos gustaría agradecer el trabajo del Profesor de Filosofía del Derecho, **Daniel J. García López**.⁶

3. Metodología

Este informe temático de ONG es una actualización localizada de informes anteriores al CDN por StopIGM.org en colaboración con otros activistas y organizaciones intersex, más recientemente para *Dinamarca, Sudáfrica, Nueva Zelanda, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Nepal*.⁷

Este informe incluye **4 testimonios personales anónimos de españoles sobrevivientes de prácticas de MGI**. Las historias se obtuvieron de (a) presentaciones escritas solicitadas por los relatores, (b) entrevistas realizadas para este informe de ONG, y (c) testimonios escritos disponibles en publicaciones de acceso público, o una combinación de lo anterior (ver la fuente para cada testimonio). El pequeño número de casos de estudio se debe al hecho de que a muchos pacientes, sus familias y padres les resulta difícil hablar sobre lo que les sucedió, y no desean que su historia se haga pública, ni siquiera de manera anónima. Sin embargo, estos testimonios, muestran de manera ejemplar cómo las diferentes formas de MGI son practicadas en España sin el consentimiento informado de las personas afectadas y/o de sus padres, y causan **grave dolor y sufrimiento, tanto físico como mental**.

4 <http://intersex.shadowreport.org/>

5 <https://grapsia.org/>

6 <https://brujulaintersexual.files.wordpress.com/2017/10/intersex-manifesto-english.pdf>

7 <http://intersex.shadowreport.org/category/CRC-2016>

A. Antecedentes: intersex, MGI y tergiversación

1. Prácticas de MGI: intervenciones médicas involuntarias e innecesarias

Las prácticas de MGI incluyen **cirugías genitales cosméticas no consentidas, médicamente innecesarias, irreversibles** y/u otros procedimientos médicos similares, incluida la imposición de hormonas, y esto es realizado en **niños con variaciones de la anatomía sexual**,⁸ sin evidencia de beneficio para los niños afectados, pero justificados por “*indicios psicosociales [...] moldeados por los propios valores del médico*”, esto último fundamentado en **normas y creencias sociales y culturales**, permitiendo a los médicos ocultar información crucial a los pacientes y padres, y someter a niños intersex sanos a procedimientos invasivos, riesgosos y dañinos, procedimientos que no serían considerados para niños “normales”, y esto, “*simplemente porque sus cuerpos no se ajustan a las normas sociales*”.⁹

Las **formas típicas de MGI** incluyen cirugía genital “correctiva”, “feminizante” o “masculinizante”, procedimientos de esterilización, imposición de hormonas (incluida la “terapia” prenatal), exámenes genitales forzados, dilataciones vaginales, exposición médica, experimentación humana involuntaria, abortos selectivos (en avanzado estado de gestación) y negación de la atención médica necesaria.

Se sabe que las prácticas de MGI **causan grave dolor y sufrimiento, tanto físico y mental, durante toda la vida**,¹⁰ incluyendo pérdida o deterioro de la sensibilidad sexual, funcionalidad sexual deficiente, cicatrices dolorosas, relaciones sexuales (coito) dolorosas, incontinencia, problemas al orinar (p. ej., debido a una estenosis uretral tras la cirugía), incremento en la ansiedad sexual, problemas con el deseo, menor actividad sexual, insatisfacción con los resultados funcionales y estéticos, traumas de por vida y sufrimiento mental, índices elevados de conductas autodestructivas y tendencias suicidas comparables a las de mujeres que han sufrido abuso físico o abuso sexual (infantil), deterioro o pérdida de la capacidad reproductiva, dependencia de por vida a dosis diarias de hormonas artificiales.

Los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas y otros expertos en derechos humanos, han reconocido sistemáticamente las prácticas de MGI como una violación grave del derecho internacional.¹¹

2. La intersexualidad NO ES LO MISMO que LGBT o SOGI

Desafortunadamente, existen muchos **conceptos erróneos dañinos sobre la intersexualidad**, que aún prevalecen en el público, especialmente si intersex se describe de modo contrafactual como lo mismo o un subconjunto de lo LGBT o SOGI, p. ej. si intersex y/o estado intersex se representan como una orientación sexual (similar a ser gay o lesbiana), y/o como una identidad de género, como si fuera un subconjunto de lo transgénero, como algo similar a la transexualidad, o como una forma de preferencia sexual.

8 Ver “What is Intersex?”, 2015 CRC Ireland NGO Report, p. 23–25,

<http://intersex.shadowreport.org/public/2015-CRC-Ireland-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>

9 Para referencias, ver “What are Intersex Genital Mutilations (IGM)?”, 2015 CRC Ireland Report, p. 29

10 Ver “IGM Practices – Non-Consensual, Unnecessary Medical Interventions”, 2015 CRC Ireland, p. 29–34

11 CCT, CDN, CDPD, SPT, RET, RESGN VCN, CdE, CADHP, CIDH (2016), “Poner fin a la violencia y a las prácticas nocivas en contra de los niños y los adultos intersex, urgen expertos regionales y de la ONU”, <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=S>

Las razones subyacentes de tales conceptos erróneos dañinos incluyen la **falta de visibilidad**, la **instrumentalización** de la intersexualidad por parte de grupos de terceros como un medio para conseguir un fin relacionado a su propia agenda, y los Estados parte que **intentan desviarse** de la crítica a los tratamientos intersex involuntarios.

Las personas intersex y sus organizaciones se han manifestado claramente en contra de la instrumentalización de las cuestiones intersex,¹² sosteniendo que la práctica de la MGI representa un **problema distinto y único**, constituyendo una violación significativa a los derechos humanos, lo cual es diferente a lo que enfrentan las comunidades LGBT o SOGI, y por lo tanto, para ser abordado de manera adecuada, necesita **encontrarse en una sección separada, exclusiva para problemas específicamente intersex.**

Lamentablemente, **tales tergiversaciones dañinas parecen estar en aumento también en la ONU**, por ejemplo en recientes **comunicados de prensa de la ONU y registros sumarios**, tergiversan la MGI como “*cirugías de asignación sexual*” (es decir, como procedimientos voluntarios por los que pueden optar las personas transexuales o transgénero), a los supervivientes de MGI como “*niños o niñas transexuales*”, y a las ONG intersex como “*un grupo de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersex que son víctimas de discriminación*”,¹³ y nuevamente a los sobrevivientes de MGI como “*niños transexuales que fueron sometidos a tratamientos y cirugías difíciles*”, y a la MGI como una forma de “*discriminación contra niños transgénero e intersex*”,¹⁴ y los **Estados parte** frecuentemente hacen referencia, por ejemplo, a directrices transgénero¹⁵ o a la “*Ley de Identidad de Género*”¹⁶ cuando, por ejemplo, los órganos creados en virtud de tratados les cuestionan acerca de la MGI.

3. Tergiversación de la mutilación genital como “atención médica”

Una nueva tendencia interrelacionada y alarmante, es la **creciente tergiversación de la MGI como una “cuestión relacionada a la atención médica”** en lugar de una grave violación a los derechos humanos, y la **promoción de la “autorregulación” de la MGI por parte de los perpetradores**,^{17 18 19} en lugar de medidas efectivas para poner fin a la práctica (como lo inequívocamente estipulado por el artículo 24 (3) del CDN junto con la CDN-CEDM

12 Para referencias, ver 2015 CRC France NGO Report, p. 32, fn 30,

<http://intersex.shadowreport.org/public/2015-CRC-France-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>

13 CAT60 Argentina, <http://stop.genitalmutilation.org/post/UN-Press-Release-calls-IGM-survivors-transsexual-children-CATArgentina-UNCAT60>

14 CRC76 Denmark, <http://stop.genitalmutilation.org/post/UN-Press-Release-calls-IGM-survivors-transsexual-children-CRC-Denmark-UNCRC67>

15 CAT56 Austria, see <http://stop.genitalmutilation.org/post/Geneva-UN-Committee-against-Torture-questions-Austria-over-Intersex-Genital-Mutilations>

16 CAT60 Argentina, unofficial transcript see <http://stop.genitalmutilation.org/post/CAT60-Argentina-to-be-Questioned-on-Intersex-Genital-Mutilation-by-UN-Committee-against-Torture>

17 For example Amnesty (2017), see <http://stop.genitalmutilation.org/post/Amnesty-Report-fails-Intersex-Children-and-IGM-Survivors>

18 For example FRA (2015), see Presentation OHCHR Expert Meeting (2015), slide 8,

http://stop.genitalmutilation.org/public/S3_Zwischengeschlecht_UN-Expert-Meeting-2015_web.pdf

19 For example CEDAW (2017), see, <http://stop.genitalmutilation.org/post/Major-Setback-for-Intersex-Human-Rights-at-the-UN>

Observación/Recomendación General Conjunto No. 18/31, “*sobre las prácticas nocivas*”). Peor aún, **los ministerios de salud infieren que las observaciones finales del CDN, no llegan a recomendar explícitamente que se criminalice la práctica de la MGI, lo que constituye una excusa para seguir promoviendo que se sigan llevando a cabo con impunidad las prácticas de MGI patrocinadas por el estado.**²⁰

20 Ver por ejemplo Ministerio de Salud Chile (2016), <http://stop.genitalmutilation.org/post/Circular-7-step-back-for-intersex-human-rights-in-Chile>

B. Prácticas de MGI en España: generalizadas y patrocinadas por el Estado

1. Prácticas de MGI en España: generalizadas e indiscutibles

a) Resumen: falta de protección para las personas intersex en España, MGI patrocinada por el estado

A lo largo y ancho de España, **todas las formas de la práctica de MGI son generalizadas y siguen vigentes**, persistentemente **defendidas, prescritas y perpetradas** por las universidades y por las clínicas públicas infantiles financiadas por el estado, y **pagadas** por el **Sistema Nacional de Salud pública (SNS)** - como los propios actores han admitido públicamente, en cuanto a la justificación psicosocial de las cirugías, y al conocimiento de las implicaciones de derechos humanos:

La endocrinóloga del Vall'd Hebron Laura Audí, [...] se opone a la legislación [para prohibir la MGI]. “Cualquier postura radical es mala, no sirve decir que no hay que operar nunca como tampoco sirve decir que no hay que cambiar nada de los protocolos”, apunta esta doctora que asegura que en España, por ejemplo, “hace años que no se lleva a cabo ninguna actuación quirúrgica o exploración abierta en menores intersexuales sin el conocimiento informado de los padres”. (20 Minutos 11.08.2016)²¹

“Ablaciones [del clítoris] como la de Olga ya no se practican”, asegura a EL MUNDO el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Iñaki Eizaguirre. Sin embargo, este experto admite que sí continúan realizándose en los hospitales cirugías de estandarización genital en niños. Cirugías que no son necesarias porque el niño esté expuesto a algún riesgo de salud, sino que “son convenientes para la convivencia, la relación socio-familiar y así evitar problemas”. (El Mundo 11.12.2016)²²

Por el lado de las protecciones, en **España**, al igual que en los Estados de *Suiza* (CRC/C/CHE/CO/2-4, párrafos 42-43), *Irlanda* (CRC/C/IRL/CO/3-4, párr. 39 a 40), *Francia* (CRC/C/FRA/CO/5, párr. 47-48), el *Reino Unido* (CRC/C/GBR/CO/5, párr. 45-46), *Chile* (CRC/C/CHL/CO/ 4-5, párr. 48-49), *Nepal* (CRC/C/NPL/CO/3-5, párrafos 41-42), *Sudáfrica* (CRC/C/ZAF/CO/2, párr. 39-40), *Nueva Zelanda* (CRC/C/NZL/CO/5, párrafos 25 y 15) y *Dinamarca* (CRC/C/DNK/CO/5, párr. 24):

- **no existen protecciones legales efectivas ni otras protecciones** de ese tipo, para garantizar los derechos de los niños intersex a la integridad física y mental, la autonomía y la autodeterminación, y para prevenir las prácticas de MGI, incluida la cirugía no consentida, médicamente innecesaria, irreversible y otros tratamientos dañinos
- **no existen medidas legales ni de otro tipo** para garantizar la **responsabilidad** de los perpetradores de MGI
- **no existen medidas legales ni de otro tipo** para garantizar el **acceso a la indemnización** y

21 <http://www.20minutos.es/noticia/3055849/0/padres-espanoles-cuestionan-cirugia-genital-bebes-intersexuales/>

22 <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/12/11/584b00db22601d53428b4646.html>

justicia para los adultos sobrevivientes de las prácticas de MGI en la infancia

- **no se existen medidas legales ni de otro tipo** para garantizar la **recopilación de datos y el monitoreo** de las prácticas MGI
- **no existen medidas legales ni de otro tipo** para garantizar la **educación y capacitación de los profesionales médicos** sobre las consecuencias de las prácticas de MGI

De las 17 Comunidades Autónomas, la **Comunidad de Madrid** debe ser elogiada por haber promulgado una legislación destinada a prevenir las prácticas MGI. La **Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid**²³ establece en el art. 4 (3), *“Quedan prohibidas en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid [...] las cirugías genitales de las personas intersexuales que no obedezcan a la decisión de la propia persona afectada a la necesidad de asegurar una funcionalidad biológica por motivos de salud”*. En el Artículo 15, titulado *“Atención sanitaria a personas intersexuales”*, además afirma: *“1. El sistema sanitario público de Madrid velará por la erradicación de las prácticas de modificación genital en bebés [...] con la salvedad de los criterios médicos basados en la protección de la salud de la persona recién nacida y con la autorización legal”*.

Mientras que el **artículo 53 de la Ley 2/2016** de Madrid, *“Sanciones”* debe elogiarse por al menos incluir algunas sanciones, desde una advertencia o multas de 200 a 3,000 euros por *“infracciones leves”* y hasta 20,001 a 45,000 euros, además de una posible suspensión temporal por *“infracciones muy graves”* -, en la práctica, la Ley 2/2016 **no se aplica (ni se supervisa su implementación)**, también en los **hospitales infantiles**, tanto públicos como privados, de la **Comunidad de Madrid**, **abiertamente infringen la ley, al continuar publicitando, realizando y promoviendo las prácticas de MGI**, al igual que sucede en las otras Comunidades autónomas que no cuentan con dicha ley:

b) MGI 3 - Procedimientos de esterilización: castración / “gonadectomía” / histerectomía / remoción de “estructuras reproductivas discordantes” / esterilización (secundaria)²⁴

“Con dos años me quitaron los testículos”. (Caso No. 4)

La nueva **Guía de actuación DSD 2017** redactadas por el *“Grupo de Trabajo sobre ADS/DSD”* de la **Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP)**²⁵ promueven invariablemente la *“gonadectomía profiláctica”* (páginas 44-46):

“En la Insensibilidad Completa a Andrógenos (SIAC, o CAIS, por sus siglas en inglés) sin actividad residual del receptor, la tasa de tumores malignos es baja. [...] la recomendación general es la gonadectomía profiláctica en pubertad tardía [...] Decidida la realización de una gonadectomía en estas pacientes, la necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo debe comentarse con la familia y paciente. En general, las dosis de estrógenos que se precisan para mantener la masa ósea y

23 Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/573598-1-2-2016-de-29-mar-ca-madrid-identidad-y-expresion-de-genero-e-igualdad.html

24 Para información general, véase 2016 CEDAW NGO Report France, p. 47.

<http://intersex.shadowreport.org/public/2016-CEDAW-France-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>

25 disponible en http://www.seep.es/privado/gads/GUIA_MANEJO_ADS_DSD_SEEP.PDF

evitar síntomas de deficiencia de estrógenos son superiores a las utilizadas en menopausia, y deben adaptarse a cada paciente”.

c) IGM 2 - “Procedimientos de feminización”: amputación de clítoris / “reducción”, “vaginoplastia”, “labioplastia”, dilataciones

“Estoy segura que si hubieran respetado mi cuerpo tal cual era, la sensibilidad hubiera sido mucho mejor”. (Caso No. 2)

La nueva Guía de actuación DSD 2017 redactada por el “*Grupo de Trabajo sobre ADS/DSD*” de la **Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP)**²⁶ promueven **invariablemente la amputación parcial del clítoris y la vaginoplastia, ambas innecesarias, “antes de los 12-18 meses de vida por equipos especializados”.** (p. 40-41):

“1. Intervención quirúrgica sobre el tubérculo genital (clítoris[...]):

a) El tubérculo genital puede ser dejado intacto o reducirse en las pacientes con sexo asignado femenino. La reducción debe hacerse a costa de la resección parcial de los cuerpos cavernosos, conservando los nervios y vasos sanguíneos que dan flujo al glande (Baskin, 1999), (Piaggio, 2014). Algunos autores intentan conservar totalmente los cuerpos cavernosos, enterrándolos dentro de los labios mayores alrededor de la salida vaginal una vez separados (Pippi Salle, 2007). Tras la resección, el glande es de nuevo anclado al muñón proximal de los cuerpos, y la piel con la mucosa prepucial sobrante es dividida verticalmente para la creación de los labios menores. Esta intervención es compleja, potencialmente dañina para la sensibilidad clitoroidea e irreversible, por lo que la tendencia actual es a intentar diferirla. Más argumentos a favor de posponer la corrección son, primero, que no existe consenso sobre el tamaño normal del clítoris y, en segundo lugar, que tampoco hay estudios a largo plazo de evidencia suficiente sobre las consecuencias de este procedimiento (Binet, 2016). La tendencia actual parece, pues, abogar por retrasarla hasta la pubertad o incluso más allá en los casos de HSC con virilización escasa o intermedia (Sturm, 2015). Si, por el contrario, la virilización es muy acusada, esta intervención, generalmente en nuestro entorno demandada por la familia, puede realizarse antes de los 12-18 meses de vida por equipos especializados.”

El actual “*Itinerario Formativo de Cirugía Pediátrica*”²⁷ del **Hospital Infantil Universitario La Paz de Madrid**, enlista bajo diversos campos, los procedimientos obligatorios de los cuales un cirujano pediatra capacitado debe tener “*sólidos conocimientos*” (p. 9):

PATOLOGÍA GENITAL

73. Anomalías del descenso testicular. Criptorquidias. Ectopias. Retención testicular.

26 disponible en http://www.seep.es/privado/gads/GUIA_MANEJO_ADS_DSD_SEEP.PDF

27 <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGIFT+Cirug%C3%ADa+Pedi%C3%A1trica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalLaPaz&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352905205919&ssbinary=true>

74. *Escroto agudo. Torsión testicular y torsión de hidátide. Orquitis y epididimitis. Torsión ovárica. Quistes de ovario.*

75. *Estados intersexuales.*

76. *Hipospadias y epispadias.*

77. *Anomalías de los genitales externos femeninos. Agenesia y duplicación vaginal. Hidro y hematocolpos. Sinequia labial.*

En 2017, el Hospital Universitario Vall d'Hebrón, en colaboración con el **Departamento de Salud de Cataluña** y el *Institut Català de la Salut*, co-organizó una “clase magistral” titulada “*Cirugía Reconstructiva Urogenital Pediátrica: Trastornos del Desarrollo Sexual DSD XX*”, especializada en “*Cirugía [‘feminizante’] en niñas con desarrollo genital atípico (DGA) y que incluye no menos de 3 sesiones de “Cirugía en vivo”*”.²⁸

El jefe del área de Urología Pediátrica del **Hospital Infantil Universitario La Paz de Madrid**, el Dr. Pedro López Pereira, también es miembro del consejo de la **Sociedad Europea de Urología Pediátrica (ESPU)**, cuyas actuales **Directrices de 2017 de “Urología Pediátrica”** promueven la **amputación parcial de clítoris temprana e innecesaria**, a pesar de saber de “*resultados adversos en la función sexual*”:²⁹

“3.16.3.1. Cirugía Feminizante

Reducción de clítoris. La reducción de un clítoris agrandado se debe hacer preservando el grupo neurovascular. Se ha informado que la cirugía del clítoris tiene un resultado adverso en la función sexual y, por lo tanto, debe limitarse a clítoris severamente agrandados [812,813]. Se debe obtener el consentimiento informado de los padres. Aunque se han descrito algunas técnicas que conservan el tejido eréctil, se desconoce el resultado a largo plazo [814].

d) MGI 1 - “Cirugía masculinizante”: “reparación” de hipospadias³⁰

La nueva Guía de actuación DSD 2017 redactada por el “*Grupo de Trabajo sobre ADS/DSD*” de la **Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP)**³¹ promueven **invariablemente la cirugía innecesaria de hipospadias en niños**, a pesar de saber que existe el riesgo de “*no obtener resultados satisfactorios*”. (p. 40-41):

“1. Intervención quirúrgica sobre el tubérculo genital ([...] glande):

b. En cuanto a la reconstrucción del tubérculo genital en el varón, la intervención está basada en los principios de la cirugía del hipospadias. Deben, en primer lugar, exponerse completamente los tejidos para valorar la curvatura, la posición del meato, la longitud de la uretra y la cantidad de tejido disponible para

28 ver programa disponible en Vall' Hebron, <http://www.aulavhebron.net/aula/documentos/URO.pdf> y la **Sociedad Española de Cirugía Pedriática (SECIPE)**,

<https://www.secipe.org/coldata/upload/noticias/DSDVHEBRONDEF.pdf>

29 disponible en <http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>

30 Para información general, véase 2016 CEDAW NGO Report France, p. 48-49.

<http://intersex.shadowreport.org/public/2016-CEDAW-France-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf>

31 disponible en http://www.seep.es/privado/gads/GUIA_MANEJO_ADS_DSD_SEEP.PDF

la reconstrucción. A continuación, deben corregirse la curvatura ventral y **practicarse la uretroplastia**. Por último se procederá a la cobertura cutánea del pene (Renaux-Petel M, 2016). La administración de testosterona antes de la intervención es útil tanto para el diagnóstico como para facilitar el procedimiento quirúrgico (Netto, 2013). **Cuando los resultados de la reconstrucción del tubérculo genital (del pene) no son satisfactorios, la faloplastia puede ser una opción válida para los pacientes que ya han pasado la pubertad.**”

El actual **“Itinerario Formativo de Cirugía Pediátrica”**³² del **Hospital Infantil Universitario La Paz de Madrid**, enlista bajo diversos campos, los procedimientos obligatorios de los cuales un cirujano pediatra capacitado debe tener **“sólidos conocimientos”** (p. 9):

PATOLOGÍA GENITAL

73. Anomalías del descenso testicular. Criptorquidias. Ectopias. Retención testicular.

74. Escroto agudo. Torsión testicular y torsión de hidátide. Orquitis y epididimitis. Torsión ovárica. Quistes de ovario.

75. Estados intersexuales.

76. Hipospadias y epispadias.

77. Anomalías de los genitales externos femeninos. Agenesia y duplicación vaginal. Hidro y hematocolpos. Sinequia labial.

El jefe del área de Urología Pediátrica del **Hospital Infantil Universitario La Paz de Madrid**, el Dr. Pedro López Pereira, también es miembro del consejo de la **Sociedad Europea de Urología Pediátrica (ESPU)**, cuyas actuales **Directrices de 2017 de “Urología Pediátrica”** promueven **“indicaciones cosméticas”** como justificación para cirugías tempranas: **“La edad en la cirugía para la primera reparación de hipospadias por lo general es de los 6 a los 18 (24) meses”**.³³

La **Reunión Anual de ESPU de 2017**, se celebró en **Barcelona**, donde en múltiples presentaciones se promovieron las prácticas de MGI, por ejemplo, en una presentación de 8 cirujanos pediátricos del **Hospital Infantil Universitario La Paz de Madrid**, informaron de **“60 pacientes”** a los que se les había realizado la **“primera reparación de [hipospadias] a los 36 ± 8 meses de edad”**.³⁴

En febrero de 2018, el **Hospital Infantil Universitario Fundación Alcorcón de Madrid** y la **Sociedad de Urología de Madrid**, serán coanfitriones del **“VII Curso Internacional de**

32 <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGIFT+Cirug%C3%ADa+Pedi%C3%A1trica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalLaPaz&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352905205919&ssbinary=true>

33 disponible en <http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>

34 28th ESPU, 21.04.2017, Session 14: Hypospadias 2. Mariela DORE, Paloma TRIANA, Virginia AMESTY, Vanessa NÚÑEZ (Children’s Hospital La Paz, Pediatric Surgery); Roberto LOBATO, Susana RIVAS, Pedro LOPEZ PEREIRA and Maria Jose MARTÍNEZ-URRUTIA (Children’s Hospital La Paz, Pediatric Urology): **“THE EFFECT OF PREOPERATIVE HORMONAL STIMULATION ON OPERATIVE OUTCOMES AFTER PROXIMAL HYPOSPADIAS REPAIR”**

Cirugía Reconstructiva de la Uretra”, donde en múltiples presentaciones se promoverá la MGI 1, incluyendo una video-presentación sobre “Cirugía del hipospadias distal” moderado por el jefe de la sección de urología pediátrica del **Hospital Infantil La Paz**, el Dr. Pedro López Pereira.³⁵

En 2016-2017, la **Escuela de Urología Pediátrica y Fetal del Colegio de Médicos de Málaga**, y el **Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga**, co-organizaron al menos dos cursos similares que promovían la cirugía temprana para la hipospadias, uno en con la **Universidad Internacional de Andalucía (UNIA)**³⁶ y otro en la **Clínica Santa Elena (en Los Álamos, Torremolinos)**.³⁷ Y en 2015 se llevó a cabo un curso similar en el **Complejo Hospitalario Universitario de Albacete**.³⁸

e) MGI 4: otras intervenciones y tratamientos médicos innecesarios y dañinos

Otros tratamientos dañinos comunes incluyen (como se detalla en el Informe de ONG CDN 2014):³⁹

- **Mastectomía forzada** (pág. 70)
- **Información errónea y asesoría para padres orientada a que tomen ciertas decisiones** (pág. 70)
- **Mentiras sistemáticas e imposición del “Código de silencio” en los niños** (p. 72)
- **Imposición de hormonas** (pág. 73)
- **Exámenes genitales excesivos forzados, exhibición médica, fotografía (genital)** (pág. 73)
- **Experimentación humana** (pág. 74)
- **Negación de atención médica necesaria** (pág. 75)
- **Terapia “prenatal”** (p. 75)
- **Aborto selectivo (de terminación tardía)** (pág. 76)
- **Diagnóstico genético de preimplantación (DGP) para eliminar fetos intersexuales** (p. 76)

(También ver **Casos No. 1 al 4**)

f) Hospitales universitarios públicos españoles implicados en redes MGI internacionales

En 2017, se lanzó la “Red Europea de Referencia” (RER, o ERN, por sus siglas en inglés) para garantizar un mejor tratamiento para los pacientes con enfermedades raras dentro de la Unión Europea.⁴⁰ Desafortunadamente, **2 de las “RER” recién creadas, también se especializan en**

35 ver programa, <https://www.bcongresos.com/congresos/gestor/ckfinder/userfiles/files/VII%20Curso%20Cirugia%20Uretra.pdf>

36 “I Experto Universitario en Hipospadias”
<https://www.secipe.org/coldata/upload/noticias/ExptpHiposp%20UNIA.pdf>

37 “14º Curso Internacional Práctico de Hipospadias de Málaga”,
<https://www.secipe.org/coldata/upload/noticias/hipospadiasmalaga2016.pdf>

38 ver programa, http://www.chospab.es/cursos_jornadas/2015/hipospadias/intro.htm

39 http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf

40 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/2017_brochure_en.pdf

la proliferación y práctica de la MGI, es decir, la “Red de Enfermedades Urogenitales”, también llamada, “eUROGEN” y la “Red de Condiciones Endocrinas”, también llamada, “Endo-ERN”.⁴¹ Al igual que con las redes internacionales anteriores dirigidas por perpetradores de MGI, como “EuroDSD”/“I-DSD”⁴² y “DSDnet”,⁴³ los **hospitales universitarios españoles** están nuevamente involucrados.⁴⁴

2. Prácticas de MGI en España como una violación de la CDN

a) Práctica nociva (artículo 24 (3) y OGC no. 18 sobre las prácticas nocivas)⁴⁵

Artículo 24, párrafo 3 de la CDN: llama a los Estados a “abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”. Si bien el punto de referencia inicial para el término fue el ejemplo de la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF), el término deliberadamente no se limitó a la A/MGF, sino que incluía todas las formas de daño, violencia y/o prácticas invasivas tradicionales o habituales.⁴⁶

El Comité ha considerado reiteradamente a la MGI como una práctica nociva y la Observación general conjunta N° 18/31 del CDN/CEDM sobre las prácticas nocivas, según corresponda.⁴⁷

Las prácticas dañinas (y el trato inhumano) han sido identificadas por los activistas intersex como **los marcos de derechos humanos más efectivos, bien establecidos y aplicables** para eliminar las prácticas de MGI y terminar con la impunidad de los perpetradores.⁴⁸

La **Observación general conjunta N° 18 “sobre las prácticas nocivas”** “*exhorta a los Estados partes a prohibir explícitamente por ley y sancionar o penalizar adecuadamente las prácticas nocivas, de conformidad con la gravedad del delito y el daño causado, prevenir medios de prevención, protección, recuperación, reintegración e indemnización para las víctimas y combatir la impunidad para las prácticas nocivas*” (párr. 13).

En particular, la Observación general conjunta, subraya la necesidad de un “**Marco general para hacer frente a las prácticas nocivas**” (párr. 31-36), que incluye “**medidas legislativas y de políticas y otras medidas apropiadas que deben adoptarse para garantizar el pleno cumplimiento de [los estados parte] obligaciones de conformidad con las Convenciones de**

41 Ver <http://stop.genitalmutilation.org/post/eUROGEN-EU-funded-Intersex-Genital-Mutilators>

42 Ver Carta Abierta a “I-DSD 2017”, http://stop.genitalmutilation.org/public/Open_Letter_I-DSD_Copenhagen_2017.pdf

43 Ver <http://stop.genitalmutilation.org/post/DSDnet-Intersex-Genital-Mutilators-European-Union>

44 La Carta Abierta a “I-DSD 2017” enumera las Clínicas Universitarias Españolas implicadas en los actuales proyectos internacionales de MGI, ver pág. 2, http://stop.genitalmutilation.org/public/Open_Letter_I-DSD_Copenhagen_2017.pdf

45 Para una versión más extensa, véase *2016 CRC UK Thematic NGO Report*, p. 55–56, http://intersex.shadowreport.org/public/2016-CRC-UK-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf

46 UNICEF (2007), *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*, at 371

47 CRC/C/CHE/CO/2-4, paras 42-43; CRC/C/IRL/CO/3-4, paras 39-40; CRC/C/FRA/CO/5, paras 47-48; CRC/C/CHL/CO/4-5, paras 48–49; CRC/C/GBR/CO/5, paras 45–46; CRC/C/NPL/CO/3-5, paras 41–42; CRC/C/ZAF/CO/2, paras 39–40; CRC/C/NZL/CO/5, paras 25 + 15; CRC/C/DNK/CO/5, para 24

48 Daniela Truffer, Markus Bauer / Zwischengeschlecht.org: “Ending the Impunity of the Perpetrators!” Input for Session 3: “Human Rights Standards and Intersex People – Progress and Challenges - Part 2” at “Ending Human Rights Violations Against Intersex Persons.” OHCHR Expert Meeting, Geneva 16–17.09.2015, online: http://StopIGM.org/public/S3_Zwischengeschlecht_UN-Expert-Meeting-2015_web.pdf

eliminar las prácticas nocivas” (párr. 2), así como:

- “Reunión de datos y supervisión” (párrafos 37-39)
- “Legislación y su cumplimiento” (párrafos 40-55), en particular:
- “**Disposiciones legislativas civiles o administrativas adecuadas**” (párrafo 55 (d))
- “Disposiciones sobre la **evaluación y supervisión periódica**, también en relación con la aplicación, el cumplimiento y el seguimiento” (párrafo 55 (n))
- “**Acceso en condiciones de igualdad a la justicia**, lo que implica, entre otras cosas, **hacer frente a los obstáculos jurídicos y prácticos a la incoación de procedimientos legales, como el plazo de prescripción**, y que los autores y quienes facilitan o consienten tales prácticas hayan de rendir cuentas” (párrafo 55 (o))
- “**Acceso en condiciones de igualdad a recursos legales y a reparaciones adecuadas en la práctica**” (párrafo 55 (q)).

Por último, pero no menos importante, la Observación General Conjunta estipula explícitamente: “*En los casos en que **profesionales médicos o empleados o funcionarios públicos participen en la realización de prácticas nocivas o sean cómplices de estas**, su condición y responsabilidad, incluida la de denunciar, debe considerarse una **circunstancia agravante a la hora de determinar sanciones penales o administrativas como la pérdida de la licencia profesional o la rescisión del contrato**, a las que debe preceder la emisión de advertencias. Se considera que la **formación sistemática** de los profesionales correspondientes es una medida preventiva eficaz en ese sentido”.* (Párr. 50)

Por lo tanto, **las prácticas de MGI en España, así como el hecho de que el Estado parte no promulgue medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas** para eliminarlas y garantizar el acceso efectivo a una reparación e indemnización, violan claramente el Artículo 24 de la CDN, así como la CDN-CEDM Observación/Recomendación general conjunta N° 18/31 sobre las prácticas nocivas.

b) Violencia contra los niños (artículo 19 y OG no. 13)⁴⁹

De manera similar, el Comité también ha considerado las prácticas MGI como violencia contra los niños, y el art. 19 y la Observación general No. 13 también ofrecen fuertes disposiciones para combatir las prácticas MGI.

3. Falta de disposiciones legislativas para asegurar protección contra las prácticas de MGI, impunidad de los perpetradores (art. 24(3) y Observación general conjunta No. 18; art. 19 y Observación general No. 13)

Artículo 24, párr. 3 de la Convención conjuntamente con la Observación General Conjunta CDN-CEDM No. 18/31 “sobre las prácticas nocivas” (2014) subrayan las obligaciones de los estados de “**prohibir de manera explícita por ley y sancionar debidamente o tipificar como delitos las prácticas nocivas**” (OGC 18/31, párr. 13), así como “**aprueben o enmienden la correspondiente legislación con miras a afrontar y eliminar con eficacia las prácticas nocivas**” (OGC 18/31, párr. 55), y específicamente para garantizar “**que los autores y quienes**

49 Para una versión más extensa, véase 2016 CRC UK Thematic NGO Report, p. 57,

http://intersex.shadowreport.org/public/2016-CRC-UK-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf

facilitan o consienten tales prácticas hayan de rendir cuentas” (OGC 18/31, párrafo 55 (o)).

También el artículo 19 de la Convención hace un llamado a los Estados a **“adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental”**, y la Observación general No. 13 “Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” (2011) estipula que los estados partes **“estableciendo la prohibición absoluta de toda forma de violencia contra los niños en todos los contextos, así como sanciones efectivas y apropiadas contra los culpables”** (OG 13, párrafo 41 (d)).

En consecuencia, con respecto a las prácticas de MGI, y refiriéndose al Artículo 24 párrafo 3 y a la Observación General Conjunta CRC/CEDAW No. 18/31, este Comité ya reconoció explícitamente la obligación de los Estados Parte de **“[v]ele por que su legislación prohíba todas las formas de prácticas nocivas que afectan a los niños en el Estado parte [incluida la mutilación genital intersex]”**,⁵⁰ así como **“procure que ninguna persona sea sometida a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos innecesarios en la infancia o la niñez, garantice la integridad corporal, la autonomía y la libre determinación de estos niños”**,⁵¹ y **“investigue los casos de tratamiento quirúrgico o médico de otra índole de niños intersexuales, sin consentimiento informado y adopte disposiciones legales a fin de proporcionar una reparación, que incluya una indemnización adecuada, a los niños víctimas de ese tratamiento”**.⁵²

Sin embargo, hasta el día de hoy y **en contra su propia convicción**, el **gobierno español se niega a siquiera discutir, y mucho menos promulgar las medidas legislativas apropiadas** para eliminar de manera efectiva las prácticas de MGI, ni **abordar la impunidad de los perpetradores de MGI, sino simplemente ignora la práctica.**

Peor aún, **los organismos del gobierno español**, aunque han sido advertidos en repetidas ocasiones del daño causado por la práctica, están **protegiendo activamente a los perpetradores de MGI** al negarse a tomar medidas para prohibir y sancionar adecuadamente la práctica.

Esta situación en la que el **gobierno español** ignora la práctica, mientras continúa **protegiendo y financiando a los perpetradores** claramente no está en línea con **las obligaciones de España** bajo la Convención y la Observación General Conjunta CDN/CEDM No. 18/31 “sobre las prácticas nocivas”.

4. Obstáculos a la reparación, a una justa y adecuada indemnización, y a rehabilitación (art. 24(3) y Observación general conjunta No. 18; art. 19 y Observación general No. 13)

Artículo 24, párr. 3 de la Convención conjuntamente con la Observación General Conjunta CRC/CEDAW No. 18/31 “sobre las prácticas nocivas” claramente estipula el derecho de las víctimas de las prácticas de MGI a que **“tengan acceso en condiciones de igualdad a recursos legales y a reparaciones adecuadas en la práctica”** (OGC 18/31, párrafo 55 (q)), y

50 CRC/C/ZAF/CO/2, 27 October 2016 paras 39–40

51 CRC/C/CHE/CO/2-4, 26 February 2015, para 43

52 CRC/C/DNK/CO5, 26 October 2017, para 24

específicamente para asegurar que “*los niños sometidos a prácticas nocivas tengan acceso en condiciones de igualdad a la justicia, lo que implica, entre otras cosas, hacer frente a los obstáculos jurídicos y prácticos a la incoación de procedimientos legales, como el plazo de prescripción*” (OGC 18/31, párr. 55 (o)).

El artículo 19 de la Convención y la Observación general N° 13 “Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” también estipulan el derecho de las víctimas al “*acceso efectivo a reparaciones e indemnizaciones*” (OG 13, párrafo 41 (f)), “*incluida la indemnización de las víctimas*” (OG 13, párr. 56).

Sin embargo, también en **España** los **estatutos de limitación** prohíben a los sobrevivientes de las prácticas de MGI que les fueron realizadas en la primera infancia ir a un tribunal, porque las personas involucradas a menudo **no averiguan** su historial médico hasta mucho más tarde en la vida, y los **traumas severos** causados por las prácticas MGI a menudo les prohíben actuar en tiempo, incluso cuando se deciden a hacerlo.⁵³ Hasta el momento no existe ningún caso de una víctima de las prácticas de MGI que haya teniendo éxito en ir a un tribunal español.

Hasta el momento, el **gobierno español** se niega a garantizar que las cirugías innecesarias de MGI no consentidas en menores de edad, sean reconocidas como una forma de **mutilación genital**, lo que prohibiría que formalmente los padres puedan dar “consentimiento”. Además, el estado parte **se niega a iniciar investigaciones imparciales**, así como la recopilación de datos, el monitoreo y la investigación sin ningún interés en particular.

53 A nivel mundial, **ningún** sobreviviente de cirugías tempranas logró que su caso fuera juzgado en el tribunal. Todos los casos judiciales relevantes (3 en Alemania y 1 en EUA), hacen referencia a la cirugía en adultos, o fueron iniciados por los padres adoptivos.

C. Conclusión: España está incumpliendo sus obligaciones hacia los niños intersex en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño

Las cirugías y otros tratamientos nocivos que sufren las personas intersex, pueden causar grave dolor y sufrimiento físico y mental. Los médicos realizan la cirugía con el propósito discriminatorio de hacer que un niño se ajuste a las normas y creencias sociales y culturales, aunque existen muchas pruebas del sufrimiento que esto causa. El Estado Parte es responsable de estas violaciones que constituyen una práctica nociva, violencia contra los niños y tortura o, por lo menos, los malos tratos perpetrados por médicos, clínicas y universidades financiadas con fondos públicos, así como también en clínicas privadas, que dependen del dinero del Sistema Nacional de Salud pública (SNS) y subvenciones públicas. Mientras tanto, la omnipresencia de las prácticas de MGI y el daño causado, son de conocimiento público y son criticados públicamente por sobrevivientes y expertos legales, España falla en evitar que sucedan estas graves violaciones, permitiendo que las violaciones de los derechos humanos de los niños intersex continúen sin obstáculos.

Por lo tanto, **España incumple su obligación de adoptar “medidas legislativas y de políticas y otras medidas” para evitar las prácticas nocivas** (artículo 24, párrafo 3, conjuntamente con la Observación general conjunta N° 18/31 del CDN-CEDM “sobre las prácticas nocivas”), así como de sus obligaciones en virtud de los artículos 2, 3, 6, 8, 12, 16, 19, 23, 24.1, 34, 36 y 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño.⁵⁴

También en España, las víctimas de las prácticas de MGI, encuentran graves obstáculos en la búsqueda de su **derecho a acceder a la reparación y la justicia**, incluida una **indemnización justa y adecuada**, y los medios para una **rehabilitación lo más completa posible**.

Más aún, los esfuerzos del estado parte en **educación e información con respecto a los aspectos de derechos humanos en relación a las prácticas de MGI, en la capacitación y educación del personal médico**, son extremadamente insuficientes con respecto al tratamiento de las personas intersex.

Por consiguiente, los Relatores desean instar al Comité a que plantee y **aborde de manera adecuada la mutilación genital intersexual durante** la próxima 77.^a reunión, y le **recuerde con severidad a España sus obligaciones** en virtud del **art. 24 (3)** y de la **Observación general conjunta N° 18 “sobre las prácticas nocivas”**, de conformidad con las recomendaciones anteriores del Comité (véase la página siguiente **“Recomendaciones sugeridas”**).

54 Ver 2016 CRC UK Thematic NGO Report, p. 53–58, http://intersex.shadowreport.org/public/2016-CRC-UK-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf

D. Recomendaciones Sugeridas

Los Relatores sugieren respetuosamente que, con respecto al tratamiento de las personas intersex en España, el Comité incluye las siguientes medidas en sus recomendaciones al Gobierno español (en consonancia con las recomendaciones anteriores de la CDN, por ejemplo, a Sudáfrica, Dinamarca y Suiza):

Prácticas nocivas: mutilación genital intersex

El Comité sigue muy preocupado por los casos de cirugía y otros tratamientos médicamente innecesarios e irreversibles en niños intersexuales, sin su consentimiento informado, que pueden causar un sufrimiento grave, y la falta de reparación e indemnización en tales casos.

A la luz de su observación general núm. 18 (2014) sobre las prácticas nocivas, adoptada de manera conjunta con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité recomienda al Estado parte que:

a) Vele por que la legislación del Estado parte prohíba todas las formas de prácticas nocivas, incluida la mutilación genital intersex

(b) Prohibir explícitamente el tratamiento médico o quirúrgico innecesario durante la infancia o niñez para garantizar la integridad corporal, la autonomía y la autodeterminación a los niños afectados, y proporcionar a las familias con niños intersex, asesoría y apoyo adecuados

c) Adopte disposiciones legales para proporcionar reparación a las víctimas de dicho tratamiento, incluyendo una indemnización adecuada y una rehabilitación lo más completa posible, y llevar a cabo una investigación de incidentes de tratamiento quirúrgico, y otros tipos de tratamientos médicos, realizados en niños intersexuales sin consentimiento informado;

d) Reunir sistemáticamente datos desglosados sobre prácticas nocivas llevadas a cabo en el Estado Parte y divulgar información sobre las formas de combatir estas prácticas;

(e) Educar y capacitar a los profesionales médicos, psicológicos y educadores en el tema de intersexualidad, siendo esta una variación corporal natural, y también sobre las consecuencias de las intervenciones quirúrgicas innecesarias y otras intervenciones médicas dirigidas a niños intersexuales.

E. Anexo “Estudios de casos”

Los relatos en primera persona se han compilado a partir de comunicaciones escritas y entrevistas personales, que fueron solicitadas y realizadas por los relatores, así como de testimonios disponibles al público (véase la fuente dada para cada testimonio). El resumen fue redactado por los ponentes.

Caso de estudio No. 1

Fuente: Testimonio escrito y entrevista.

Nacido en 2001 con genitales ambiguos, se le diagnosticó Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) forma perdedora de sal

17 meses de edad, reducción de clítoris, vaginoplastia, y labioplastia

24 meses de edad, se volvió a realizar otra labioplastia

De los 2 a los 12 años de edad, dilataciones vaginales bajo anestesia

Síndrome de Cushing debido a las altas dosis de hidrocortisona

A los 12 años de edad, el niño se rehusó a recibir más tratamiento y, desde entonces, está viendo a un psicólogo.

La madre de la persona en cuestión comparte su historia:

Somos de Tenerife, Canarias, hace 16 años nació mi hijo, al que más tarde diagnosticaron con Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC). Al principio todo parecía “normal”, pero en la revisión de pediatría, desde los primeros días, notaron que tenía genitales ambiguos y fuimos remitidos a endocrinología.

Nos mandaron al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, y el endocrino era Idelfonso Gonzáles.

Tardaron aproximadamente 30 días en darnos la cita con él, y 3 días antes de esta, mi hijo se puso muy enfermo e ingresa al hospital por urgencias. Yo me presento con el endocrino Idelfonso Gonzáles y le digo q mi hijo está en urgencias muy mal y que necesito que lo vea porque la pediatra sospechaba que tenía HSC, entonces él se dirigió a urgencias a ver a mi hijo. Al verlo, lo primero que me dice es: “Estoy seguro que tiene HSC, pero hay que hacer pruebas, y esto que le ha pasado es porque seguramente es perdedor de sal”.

Entonces comenzaron a hacerle análisis, incluido el cariotipo, pero nadie me explicaba que era lo que estaba pasando realmente.

Cuando llegaron todos los resultados de las pruebas, me dijeron:

“Su hija tiene genitales ambiguos y está enferma de HSC 21 hidroxilasa, perdedora de sal. Su clítoris esta malformado y debemos operarla inmediatamente, sino se desarrollará mal, con una deformidad, e incluso podría padecer enfermedades cancerígenas”.

Al escuchar esto, me volví loca, en ese entonces solo tenía 21 años y quería lo mejor para mi hija.

Pasaron unos 3 días y nos dieron cita para programar la cirugía. El cirujano era José Antón. Fuimos a la cita, y después de todo lo malo que nos dijo que podía suceder si mi hija no era

sometida a la cirugía, decidimos acceder a la cirugía genital.

A los 17 meses se lo operó por primera vez, los doctores realizaron una reducción de clítoris, una vaginoplastia y una labioplastia.

Después, a los 24 meses, una segunda intervención para rehacer los labios vaginales.

Desde los 2 años hasta los 12 años, los doctores le realizaron dilataciones vaginales en quirófano bajo anestesia. Primero esto sucedió cada 6 meses y después cada año, con dilatadores del número 20.

Todas las cirugías fueron pagadas por completo por el servicio de salud pública.

No solo fue sometido a cirugías, sino que le administraron muy altas dosis de hidrocortisona, y esto tuvo como consecuencia que desarrollara Síndrome de Cushing.

A los 12 años me dijo: “Mamá no quiero que me toquen más, yo soy un chico”.

Al escucharlo me di cuenta de la locura tan grande que había hecho.

En ese momento busqué información y encontré un psicólogo, el mejor psicólogo que jamás pude encontrar.

Fuimos a la consulta, y desde ese momento mi hijo fue un varón para mí y para el mundo entero.

A los 14 años de edad, le realizaron una mastectomía, la cual fue realizada porque mi hijo la solicitó, y fue pagada por la seguridad social después de algunas dificultades.

Ahora mi hijo tiene 16 años de edad. Perdió su infancia y parte de su adolescencia, sufre de problemas psicológicos como resultado de las cirugías no deseadas, y continúa viendo al psicólogo.

Mientras escribo esto, mi hijo se sienta a mi lado, y los dos esperamos que contar nuestra historia ayude a asegurar que los futuros niños intersexuales y sus padres estén protegidos de tener que sufrir la misma experiencia o una similar que nosotros, y particularmente él lo hizo.

Caso de estudio No. 2

Fuente: Comunicación personal y testimonio escrito en

<https://brujulaintersexual.org/2015/10/28/como-descubri-que-soy-intersexual-por-olga-mujer-intersexual-espanola-hsc/>

Nació en 1991 con genitales ambiguos, diagnosticada con Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) perdedora de sal

A los 3 años de edad, amputación parcial de clítoris

A los 16 años de edad, vaginoplastia y dilataciones

A los 21 años de edad, una segunda cirugía vaginal

Todas las cirugías fueron realizadas en el Hospital Infantil La Paz, Madrid

La persona en cuestión comparte su historia:

“A los 3 años tuve que ser operada de una hernia, y de paso, los doctores aprovecharon para hacerme la clitoridectomía. Mis padres dieron el consentimiento, les aseguraron que yo no

perdería sensibilidad, y que sería lo mejor para mí en el futuro.”

“Y fui creciendo ingenua a todo esto.”

“[Mis padres] siempre han trabajado mucho, y aunque les quiero muchísimo y tengo muy buena relación con ambos, nunca tuvimos mucha comunicación. [...] nunca les pregunté nada acerca de mi ‘problema’, aunque todos los años íbamos a Madrid a hacerme análisis, [...]”

“[El doctor] me habló sobre la vaginoplastia, a la que di mi consentimiento. Como mis senos no crecían, acordamos hacer una mamoplastia también. Así que entré al quirófano por segunda vez.”

“El problema llegó a la hora de hacer las dilataciones. Me dolía mucho, no estaba preparada para ello, así que el doctor dijo que lo mejor era que no hiciera nada. Volví a casa con pecho, pero sin una vagina “funcional”. Empecé la universidad, olvidándome un poco de todo este tema.”

“Así que me operé por tercera vez, está vez haciendo las dilataciones pertinentes. Al principio fueron dolorosas, con el tiempo me fui acostumbrando, pero nunca, jamás han sido placenteras. Como tampoco lo fue el sexo. Es ahí donde me empecé a preocupar, había pasado por tanto, ¿para eso? Y a partir de esto también me empecé a interesar más por la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), y en definitiva, por mí misma. Empecé a buscar información en internet, [...]”

“Aun así, sigo sin ver al sexo como el mayor placer de todos. No sé si es la falta de sensibilidad por las cirugías, si es un problema psicológico, o un poco de cada uno. Es por eso que comenzó mi búsqueda de nuevo, ahora que se inglés, se abrió ante mí un mundo nuevo de información. Descubrí lo que es ser intersexual (¿irónico, verdad? Ser algo y no saber que lo eres hasta pasados los 20 años), descubrí que no estaba sola y que hay mucha gente como yo, mucha más de la que creía. Descubrí que hay gente que no ha pasado por las cirugías y pese a ello son felices, y eso me ha hecho preguntarme que hubiera sido si yo nunca me hubiera operado. Quizá si hubiera tenido apoyo psicológico, alguien explicándome lo que me sucedía, o quizá si yo hubiera preguntando, ahora no sería como soy ahora. Quizá hubiese decidido ser un hombre, o quizá una mujer, o quizá nada de eso. Pero nunca lo sabré. Es por eso que pido que se dejen de hacer cirugías a los bebés, y que sean ellos en la adolescencia los que elijan. No les reprocho nada a mis padres, ellos hicieron lo que creían que era lo mejor y siempre se han portado genial conmigo, les quiero un montón”.

“Estoy segura que si hubieran respetado mi cuerpo tal cual era, la sensibilidad sería mucho mejor, pero aún es una ablación parcial. Y no creo que tener genitales ambiguos cause problemas, mientras que los padres sepan cómo llevar esto como algo normal, y transmitir esto al niño y a la sociedad”.

“¡La desinformación es un problema, y tenemos que solucionarlo!”

Caso de estudio No. 3

Fuente: Entrevista en los medios de comunicación para el sitio web “Pikara magazine” disponible en <https://brujulaintersexual.org/2017/10/13/soy-lola-y-soy-intersexual/>

Al nacer no se detectó nada, fue criada como niña

Durante la adolescencia fue diagnosticada con Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos completo (SIA, o CASI por sus siglas en inglés)

Extirpación de testículos, tratamiento hormonal, vaginoplastia

La persona en cuestión comparte su historia:

“Crecí siendo una niña normal, como cualquier otra. Pero el conflicto llegó en la adolescencia. Cuando cumplí los catorce estaba muy preocupada, todas mis amigas tenían ya la regla y estaban totalmente desarrolladas, pero yo no. Mis pechos eran pequeños, era más alta que las demás, y no tenía apenas vello ni en las axilas ni en la vulva. Fue entonces cuando mamá me llevó al endocrino y empezaron las pruebas. Unos días después nos dijeron que yo, que hasta ese momento había sido socializada como cualquier otra niña normal, tenía unos cromosomas XY, como los de un niño”

“Según los médicos yo tenía un síndrome (el de un tal Morris), también se conoce como insensibilidad a los andrógenos (SIA). Me dijeron que había muy pocas personas como yo y me pusieron de ejemplo a una preciosa actriz de cine, supongo que para hacerme sentir mejor. En definitiva, que no teníamos que preocuparnos. Según ellos estos eran los pasos que había que dar: extirpar las gónadas cuanto antes porque es probable que en el futuro puedan desarrollar un tumor, alargar la vagina para poder tener relaciones sexuales normales y placenteras, y empezar a medicar con estrógenos (hormonas femeninas) de por vida”.

“Fue entonces cuando mi familia y yo, totalmente perdidos, por algo que jamás habíamos oído, nos encontramos sin más información que la que nos dieron los médicos, y seguimos sus pasos porque la palabra tumor nos asustaba y no teníamos otros puntos de vista diferentes ni conocíamos a otras familias. Y así de fácil, con unas “simples” operaciones, se solucionaba el problema. Pero eso sí, por si acaso mejor mantenerlo en secreto, no vaya a ser que la gente de mi entorno empezara a pensar que ya no era una chica normal. Como me sintiera yo poco importaba. ¿Sabéis qué es lo más duro?, el silencio. Ese maldito silencio que nos hizo vivir todo esto como un drama: con angustia, con dolor, y lo más triste, en soledad”.

“Y así fue, desde mi adolescencia y hasta hoy. Y resulta que unos años después empecé a conocer a más personas como yo, con historias similares a la mía y con experiencias muy diversas. Personas como María, que vivió sesenta años en silencio, sin decirle nada a nadie. Otras como Ángela, que al llegar a la adolescencia su clítoris se agrandó y con la excusa de que tenía cáncer de ovario (era mentira) fue intervenida en diferentes ocasiones. También conocí a personas como Laia, que nació con los labios fusionados y ya tendrá elección sobre su cuerpo cuando sea mayor. A algunas, como a Gaby, la cirugía les ayudó a sentirse mejor y a llevar una vida feliz, pero a Leo, que nació con el agujero de la uretra en un sitio diferente al normativo, la cirugía le dejó múltiples cicatrices y eliminó su capacidad para sentir placer sexual”.

Caso de estudio No. 4

Fuente: Entrevista en <http://20minutos.es/noticia/3066217/0/sara-testimonio-intersexuales/>

Nació con genitales ambiguos

Diagnosticada con Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos parcial (SIAP, o PAIS, por sus siglas en inglés)

A los 2 años de edad, extirpación de testículos en el abdomen

A los 4 años de edad, cirugía genital

A sus veinte años dos intervenciones fallidas para crear una vagina

La persona en cuestión comparte su historia:

“Mis padres me guardaron en secreto. Tan en secreto lo llevaron que años después me he dado cuenta de que mis padres borrarón de su memoria las intervenciones quirúrgicas a las que me sometieron de niña. Con dos años me quitaron los testículos. Con cuatro años me hicieron una segunda intervención estética”.

“Ahora sé que hay padres que se niegan, pero antes era impensable no operar. A mí me hubiera gustado que no me hubieran intervenido. Fue dramático y doloroso. El mayor trauma en mi vida. Hace treinta años el protocolo hospitalario decía que los padres no podían entrar después de la intervención a quedarse junto a su hija. Y, así, con dos años, estuve diez días en el hospital ingresada, atada a la cama para que no me tocara y con mis padres al otro lado de un cristal. Una soledad tremenda”.

“Yo culpo a mis padres de no haberme defendido lo suficiente. Los padres de ahora deberían saber que las anestias tienen más riesgos si se aplican a los niños menores de cinco años, deberían saber los pros y los contras de estas operaciones y con eso que asuman los riesgos que toman. Es verdad que antes los médicos asustaban a los padres y les decían que siempre había que quitar las gónadas que no coincidían con el sexo asignado porque había alto riesgo de tumorización. Como si por el riesgo de padecer cáncer de mama se extirpara los pechos a todas las mujeres, sin contemplación”.

“Hasta los veinte años no supe exactamente lo que me sucedía. Bueno, en la pubertad ya sospechaba, porque no me venía la regla y eso era algo que tenía que guardar en el más absoluto de los secretos. Mi cuerpo me acomplejaba y yo callaba. Mi primera idea era que de esto no se tenía que enterar nadie. Fue en una visita al médico rutinaria, a los 20 años, cuando el doctor mencionó el Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (SIA) y acudí al vademecum de mi compañera de piso, que estudiaba medicina, para aprender quién era yo”.

“Después sería lo de acercarme a GrApSIA, al grupo de apoyo. Tenía pánico al principio, pero fue una pasada... qué sensación de haber encontrado a una verdadera familia, el alivio de poder hablar con tranquilidad, de desenmascaramme. Es una conexión muy especial la que se crea con otros afectados, mayor incluso que con las personas con las que has convivido toda una vida”.

“Cuando tenía veintitantos decidí voluntariamente pasar por dos intervenciones para construir mi vagina. [...] Pero fue un auténtico fracaso. Ya ni me lo planteo. No quiero saber nada. [...] Las relaciones íntimas son mi caballo de batalla [...]”.