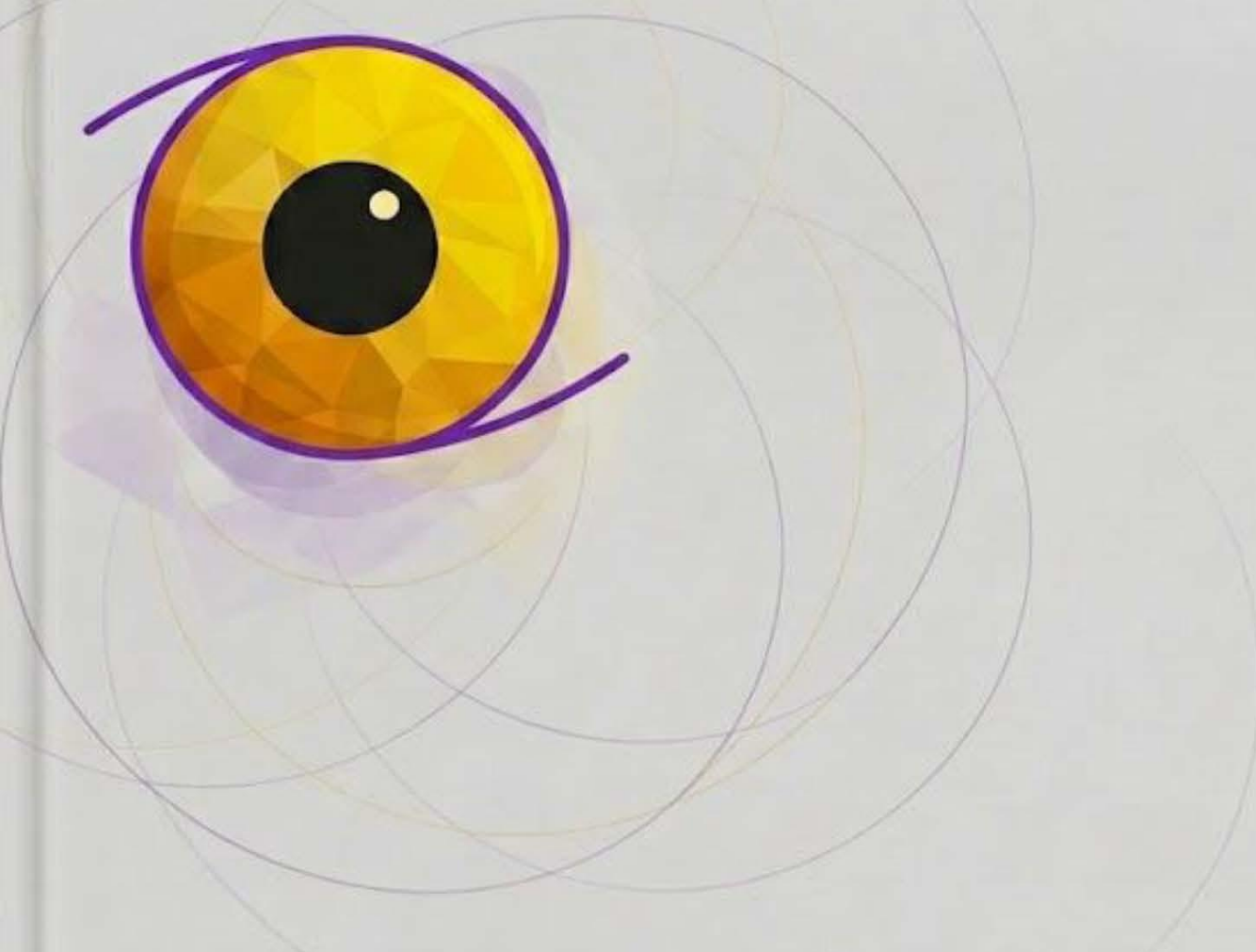




Estado LGTBI+ 2026. Corporalidades intersexuales: derechos reales

Investigación con motivo del año temático de FELGTBI+: año para
visibilizar realidades intersexuales



www.felgtbi.org



FELGTBI+
Federación Estatal de Lesbianas, Gais,
Trans, Bisexuales, Intersexuales y más



Han participado en la elaboración de este informe:

Valentin Lucian Andrei. Máster en metodologías de la investigación en Ciencias sociales: innovaciones y afirmaciones.

Paula Iglesias Campos. Licenciada en Medicina y Graduada en Psicología. Máster en Psicología General Sanitaria. Presidenta de FELGTBI+

William Gil D'Avolio. Abogado y Máster Acción Solidaria Internacional e Inclusión Social, Director Ejecutivo FELGTBI+

María Rodríguez- Manzanque García. Socióloga, responsable técnica de investigación, formación y calidad FELGTBI+

Título: Estado LGTBI+ 2026. Corporalidades intersexuales: derechos reales

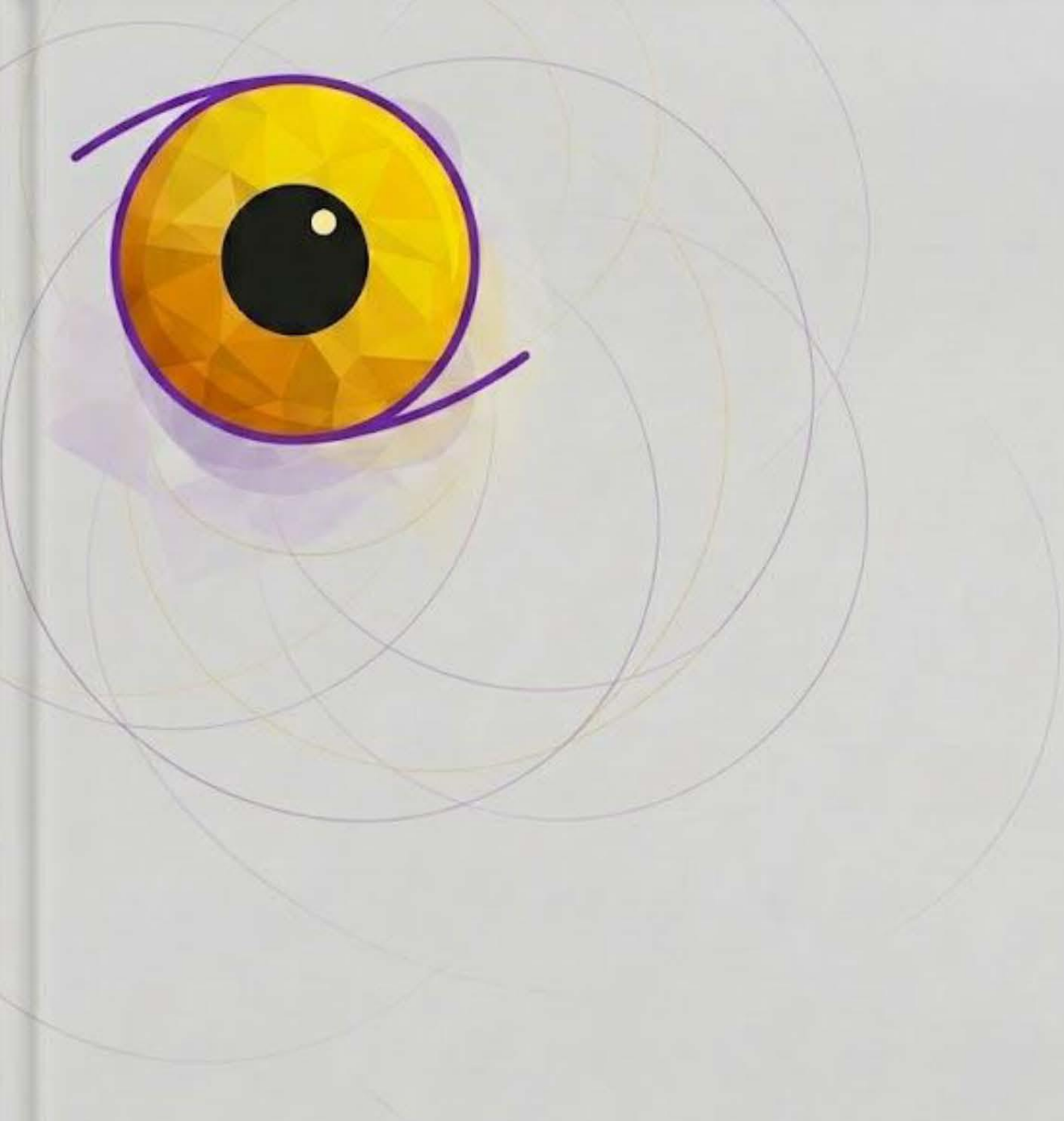
Editado por: Federación Estatal de lesbianas, gais, trans, bisexuales, intersexuales y más, FELGTBI+

Colección: Estado LGTBI+ 2026

Madrid, septiembre de 2026

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Presentación.....	7
Metodología empleada	10
Objetivos de investigación.....	12
Marco teórico y jurídico.....	14
La intersexualidad a lo largo de la historia	15
Retos del activismo de las personas intersexuales.....	17
Marco jurídico y normativo	18
Análisis de resultados	23
Contexto general: el papel de la biomedicina	23
Percepciones y conocimiento de la intersexualidad dentro del colectivo LGTBI+ ..	25
Variables intervinientes.....	29
Primera dificultad: las estadísticas.....	32
Análisis de resultados	34
🏛️ EJE 1: Representación y rol de las instituciones	37
👥 EJE 2: sociedad y relaciones microsociales.....	45
👊 EJE 3: Activismo y reconstrucción teórica	47
Conclusiones	51
Recomendaciones.....	54
Bibliografía	57



Resumen ejecutivo

Resumen ejecutivo

Marco jurídico	<p>Desde la perspectiva técnico-jurídica, las cirugías estéticas en bebés neonatos que buscan la asignación sexual forzada vulneran de forma directa el derecho a la integridad física (Art. 15 de la Constitución Española), imponiendo un prejuicio binario al libre desarrollo de la identidad y a la autonomía corporal.</p> <p>La Ley 4/2023 marca un avance histórico al prohibir las mutilaciones genitales e intervenciones quirúrgicas no urgentes en menores. Sin embargo, se denuncia que la inercia médica y la falta de formación en los hospitales provocan que estas prácticas continúen realizándose sin criterios que justifiquen en momentos de vulnerabilidad familiar.</p>
Visibilidad y presencia de las personas intersex	<p>A pesar de que la prevalencia estimada de la intersexualidad es del 1,7% de los nacimientos (equivalente a más de 35.000 personas en la última década en España), persiste un profundo desconocimiento. En el ámbito interno del colectivo LGTBI+, solo un 45% afirma saber y poder explicar el significado de la sigla "I", mientras que un 85,1% coincide en que es imprescindible ampliar la información sobre esta realidad.</p> <p>La visibilidad de las personas intersex ha pasado progresivamente del ámbito biomédico a la esfera pública y política. Sin embargo, se enfatiza la necesidad de una visibilidad respetuosa que no caiga en la "espectaculización" ni en la exposición de cuerpos. Es por esto que la inclusión de la "I" en las siglas (como la transformación en FELGTTBI+) no debe ser un mero gesto decorativo.</p>
Proceso histórico: discriminación y estigma	<p>El trato histórico hacia las personas intersex ha legitimado que sean tratadas como "objetos de estudio" o exposición sin consentimiento ("gabinete de curiosidades") ante estudiantes y facultativos.</p> <p>Socialmente, impera una norma social endosexual¹ que niega las corporalidades diversas, etiquetando la variación biológica natural como una "anomalía" o patología que debe alinearse forzosamente al modelo binario varón/mujer.</p> <p>Esto deriva en hostilidad desde la infancia, el entorno digital o la penalización en el mercado laboral. En la infancia y adolescencia, el no encajar en la corporalidad normativa deriva en acoso escolar (<i>bullying</i>) y situaciones de violencia física grave. En la adultez, la exposición pública</p>

¹ Denominamos **personas endosexuales** a las personas que nacen con un cuerpo alineado completamente en las definiciones sociales del estándar tradicional masculino y femenino, basadas en características que responden a determinadas formas anatómicas sexuales, primarias y secundarias, órganos reproductivos, patrones hormonales y/o patrones cromosómicos.

	desata episodios severos de interfobia digital en redes sociales o un estigma que traspasa a la esfera económica, a través de despidos o exclusión en procesos de selección por no responder al canon de la imagen corporativa.
Secuelas	<p>La histórica "receta del silencio" prescrita por profesionales sanitarios y acatada por las familias genera aislamiento, vergüenza aprendida, culpa y un profundo sentimiento de excepcionalidad negativa o desconfianza hacia el sistema de salud.</p> <p>Las cirugías "normalizadoras" y terapias hormonales tempranas no consentidas operan como una modalidad de terapia de conversión corporal. Producen secuelas traumáticas como la percepción de ser un "producto clínico artificial" o una "mujer/hombre falso", afectando gravemente a la autoestima y al autoconcepto.</p> <p>Los procedimientos no urgentes generan daños emocionales acumulados vinculados al dolor físico crónico, la pérdida de sensibilidad sexual, las secuelas quirúrgicas (estenosis, incontinencia) y la esterilidad no elegida.</p>
Desarrollo social	<p>Tensión con el entorno familiar: Las familias actuaron inicialmente como cómplices del secretismo y el tabú por desinformación y sumisión al criterio médico paternalista. Tras el distanciamiento o la ruptura con mandatos autoritarios, la familia y las redes afectivas elegidas se convierten en espacios clave de reparación, apoyo y contención emocional.</p> <p>Del "sujeto biopolítico pasivo" a la soberanía existencial: A través del acceso a la teoría feminista, la antropología y el activismo asociativo, las personas intersex resignifican el trauma individual en un hecho político. Transitan del estigma de sentirse "seres mitológicos" o "bichos raros" hacia el orgullo, la autodeterminación y la autogestión total de su cuerpo y de su salud.</p>
Demandas	Se requiere una hoja de ruta que incluya el reconocimiento legal y administrativo de las realidades intersexuales, el acceso transparente a las historias clínicas ocultadas o falsificadas, y planes estatales de indemnización y reparación histórica para las personas afectadas.



Presentación

Presentación

El cuerpo es un territorio, un cuerpo intersexual es un terreno poco explorado por la sociedad y muy abordado como una patología. Este año 2026 la Federación Estatal LGBTI+ pretende irrumpir en esta realidad, generando un punto de inflexión. Por ello, el año temático se dedica a las *Corporalidades intersexuales: derechos reales*.

Conjugar la historia de la medicina con el sistema cultural que define a la estructura social ha sido un objeto de análisis del debate inmerso en la cuestión de la salud y la de los derechos. La sociedad occidental desde hace siglos, incluso milenios, ha decidido que el cuerpo humano sólo puede verse desde la perspectiva del binarismo y la endosexualidad. Sin embargo, la propia naturaleza es, en el caso de las personas intersex, quien contradice esta definición, yendo más allá de las características estereotípicas del “macho” o la “hembra”, llegando a cuestionar esta perspectiva como una realidad exclusiva.

La aprobación de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI, marcó un antes y un después en nuestro marco jurídico. España asumió una demanda histórica de los colectivos intersex: la prohibición de las modificaciones genitales en bebés y menores de doce años, a menos que existan razones estrictas de salud física.

Pero, a pesar del reconocimiento explícito de que los cuerpos intersexuales no están rotos, de que no necesitan ser “reparados” de urgencia para complacer la comodidad visual de una sociedad binaria y de que la autonomía corporal es un derecho humano fundamental, persisten, a día de hoy, otras realidades a las que pretende dar luz este informe.

Este estudio cuenta con la metodología de escucha activa, como un inicio de reconocimiento de una realidad social oculta, porque la misión de este informe es un ejercicio de justicia y de reparación. Este trabajo recorre los testimonios de quienes transitaban el silencio impuesto, analiza las costuras de nuestro sistema sanitario y legal, y propone herramientas que aspiran a construir una sociedad donde la diversidad corporal no sea sinónimo de patología, sino de riqueza social y humana.

Los derechos humanos no entienden de géneros rígidos o cuerpos homogéneos. Es por esto que la lectura de este informe pretende realizar una radiografía transparente de esta realidad diversa.

Paula Iglesias Campos

Presidenta de FELGTBI+



Metodología empleada

Metodología empleada

Para garantizar la representatividad y profundidad de este informe, se ha empleado un diseño de investigación mixto (cualitativo y cuantitativo) que articula fuentes primarias y secundarias:

Fuentes secundarias: Revisión sistemática de literatura científica especializada, bases de datos epidemiológicas, análisis estadístico de población, jurisprudencia y marcos normativos nacionales e internacionales.

Fuentes primarias:

- **Investigación cualitativa:** Se realizaron diez entrevistas en profundidad con informadores clave, incluyendo personas intersexuales de diversas cohortes generacionales, profesionales de la psicología, juristas y profesionales de la educación. Las entrevistas oscilaron entre los 60 y 120 minutos, fueron grabadas bajo consentimiento informado y procesadas mediante análisis temático del discurso con el software ATLAS.ti. El reclutamiento se basó en un muestreo de conveniencia estructurado para asegurar perfiles de alta relevancia experiencial según edad, género y especialidad profesional.
- **Investigación cuantitativa:** Encuesta de opinión de cobertura estatal (n=800) administrada mediante entrevista online (CAWI) a la población LGTBI+ residente en España para evaluar el grado de conocimiento, actitudes y percepciones en torno a la intersexualidad.

Las entrevistas se han basado en el análisis de experiencias, considerando la edad en el caso de personas intersex y personas expertas, y estableciendo como grandes bloques temáticos:

- Visibilidad y representatividad social de las personas intersex.
- Discriminación, trato social y estigma.
- Perspectiva emocional.
- Desarrollo social: crecimiento personal, ámbito familiar, situación actual.
- Marco jurídico de protección.

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

Ámbito:	España
Fechas de realización:	29 de enero a 11 de febrero de 2026
Universo:	Población residente en España de 18 años y más que se identifica como LGTBI+
Tamaño de la muestra obtenida:	800 entrevistas completas
Información sobre el diseño de la muestra:	Extracción de una muestra de 3.209 personas de una agregación de panels online no probabilísticos con presencia en España de aproximadamente 60.000 panelistas. Se emplean cuotas por género, edad y orientación sexual empleando parámetros provenientes de un estudio previo de 40dB (Mikroscopia 2023) con un tamaño muestral de más de 8.000 entrevistas dirigidas a población general. Al conjunto de personas de la muestra se les invitó a realizar un cuestionario que incluía una sección de filtro de la población "objetivo" que se identifica como LGTBI+. En esta fase, 2.117 personas son excluidas del resto del estudio por no pertenecer a la población objetivo. De la población objetivo del estudio, el 83% completaron la encuesta (906) y 106 se desecharon durante el proceso de control de calidad.
Ponderación:	Se emplea una variable de ponderación en todos los análisis para ajustar por género, edad y orientación sexual, siguiendo los parámetros del estudio Mikroscopia 2023.
Error muestral:	Al tratarse de un panel no probabilístico y aplicarse cuotas, la muestra no es probabilística y, por tanto, el error muestral es desconocido. Como referencia, con este tamaño de muestra, si se tratara de una muestra aleatoria simple, el error de muestreo sería de $\pm 3,46\%$ para un nivel de confianza del 95,5%
Modo de administración del cuestionario:	Entrevista online (CAWI)

Objetivos de investigación

Como año temático, para FELGTBI+ este informe es un punto de partida importante para desarrollar una serie de demandas que inspiren y transformen la realidad de las personas intersex en España. Por ello, el **objetivo principal es analizar el impacto de los factores de socialización, estigma y marcos institucionales en el bienestar emocional y la salud mental de las personas intersexuales en España en el contexto legislativo actual.**

Para el desarrollo de este objetivo, los objetivos específicos son:

1. **Identificar los principales mitos, discursos y tabúes sociales** que persisten en la sociedad española contemporánea respecto a los cuerpos y realidades de las personas intersexuales.
2. **Examinar el papel del entorno más próximo (ámbito familiar/ educativo)** como espacios que pueden actuar como redes de apoyo emocional o como agentes de estigmatización y ocultamiento durante la infancia y adolescencia.
3. **Explorar las secuelas psicológicas y emocionales** derivadas del histórico secreto médico y familiar, así como de las intervenciones quirúrgicas tempranas no consentidas.
4. **Valorar el impacto del activismo intersex en España** y de los recientes cambios legislativos (como la Ley 4/2023) en los procesos de autoaceptación, resiliencia y reparación emocional de las personas adultas intersexuales.



**Marco teórico y
jurídico**

Marco teórico y jurídico

¿Qué es una persona intersexual? Se puede decir que la definición da significados diferentes a un mismo grupo de personas, según el ámbito desde donde se define. Se trata de una controversia que implica al ámbito social/ cultural y al sanitario. La primera como la necesidad de introducir como aspecto de diversidad a las personas intersex, la segunda desde una perspectiva médica. Tradicionalmente la intersexualidad ha tenido un abordaje exclusivamente médico/quirúrgico, lo que ha tenido consecuencias patologizantes. ¿Cuáles pueden ser las causas?

Fundamentalmente una concepción del binarismo endosexual, que incluye además aspectos de la “utilidad reproductiva” y los cánones de funcionalidad de la genitalidad, a disposición de valores cis-hetero-patriarcales, pero además la cuestión de la *etiqueta*, que no encaja necesariamente con las características propias de la orientación sexual o de la identidad de género y que, además, responde a un proceso histórico diferente.

Históricamente se identificaba la identidad normativa con los genitales, esta identificación tiene relevancia no sólo en el momento de asignar el sexo de una persona sino también proyecta el devenir de esa vida futura en ese sexo (Cabral, 2009). Teniendo en cuenta este marco, la única forma de crecer y convertirse en un hombre o mujer feliz es contar con los genitales que les corresponden, provocando así una clausura de todas las posibles variaciones que existían.

Anthony Giddens (1998) reflexiona sobre el proceso de “etiquetar” donde afirma que “quién lo diga, cómo lo diga y cuándo lo diga” todo tiene implicaciones teóricas, políticas y sociales las cuales están vertebradas por el dilema de clasificar, etiquetar y nombrar. Por ello, para abordar esta investigación tendremos que dejar de pensar en la intersexualidad en base a conceptos de identidad o etiquetas diagnósticas, para así poder proponer una aproximación en términos biográficos. Es importante señalar el peso social que las personas intersex reciben o han recibido, considerando que sus características corporales responden a la *patología*.

Siguiendo la lógica de la fusión identidad-etiqueta, Nuria Gregori Flor en su libro “Intersexualidades. Emergencias y debates en torno a las personas con características sexuales diversas” (2024) señala que existe un arraigo histórico² en la necesidad de reconocer a la criatura con un sexo nada más nacer. Es decir, ser persona intersexual no era para nada sencillo, incluso desde el nacimiento, por lo que la condición de intersexual se transforma en un problema.

² Cuando se habla de contexto cultural, se está haciendo referencia al contexto cultural noroccidental. La razón es que hay culturas donde a las personas intersex (igual que a no binarias) históricamente se las ha considerado de muchas otras maneras, ya fuera porque no había un binarismo de género o porque lo había, pero la “mezcla” o ambigüedad sexual se consideraba una cualidad. Es importante reconocer estos modelos, y considerar que existen y no deben ser borrados.

Actualmente no existe un consenso general que facilite el diálogo entre las diferentes disciplinas que han abordado la intersexualidad, fundamentalmente la sociológica y la biomédica. Existen determinados patrones corporales que desde el punto de vista biomédico saldrían del concepto de intersexualidad.

La intersexualidad a lo largo de la historia

A lo largo de la historia, la dinámica social y cultural en la que se ha tratado la realidad de las personas intersexuales ha constituido una situación actual poco conocida y confusa. Sin embargo, la presencia de personas intersex se remonta a Grecia o Roma, donde la mitología ya se refiere a personajes y/o dioses con características de personas intersex. Desde la Antigua Grecia, pasando por la Edad Media, hasta el Siglo XIX el término “hermafroditismo” se refería a características físicas de los genitales. En esta época, se trataba a las personas intersexuales como “monstruos” o “algo exótico”. Su existencia se consideraba peligrosa, por lo tanto, debía ser controlada para evitar la alteración del orden moral, buscando el control o la homogeneización, teniendo como referente un cuerpo binario endosexual. La genealogía del concepto evolucionó hacia la doctrina médica. Hasta el siglo XIX se puede considerar como la fase *prelaboratorio*.

A partir del Siglo XIX, se inicia una clasificación de lo que podría ser el pseudohermafroditismo. Concretamente, el médico alemán Theodor Albercht Klebs (1876) realiza una clasificación tomando como referencia el “sexo verdadero”, a partir del análisis microscópico e histológico de las gónadas, estableciendo tres categorías: “hermafroditismo verdadero” consistente en la presencia de tejidos ováricos y testiculares, “pseudohermafroditismo masculino” o presencia de gónadas exclusivamente testiculares, aunque con genitales externos ambiguos, y “pseudohermafroditismo femenino” o gónadas ováricas aunque con genitales masculinizados. Esta clasificación morfológica prevaleció en el ámbito de la medicina hasta el protagonismo de la endocrinología. Esta época es la que Alice Domurat Dreger (1998) denomina la “era de las gónadas”.

En la década de los 50 del Siglo pasado, John Morley Money (1921–2006) desarrolló un protocolo médico que proponía la cirugía en lo que denominaba “genitales ambiguos”. Su técnica se basó en la creación de los equipos de cirugía pediátrica, psicología y endocrinología, creando un protocolo cuya función principal era:

- Realización de cirugías reconstructivas estéticas muy tempranas para que los genitales externos se alinearan claramente con un sexo (femenino o masculino).
- Recomendación a la familia responsable de la crianza de educar estrictamente en el género asignado y ocultarle su condición intersex, pudiendo así manejar, desde el proceso de socialización, el género seleccionado para la criatura.

Desde esa visión, el problema no solo se sitúa en la inflexibilidad del binarismo sexual, sino en la patologización del cuerpo que no encajaba en este modelo. La intervención médica se transformó en una respuesta para lo que en su criterio era normalizar, guiado por las ideas de hacer coincidir la genitalidad, la crianza y las expectativas de género.

Basándose en la idea exclusiva del binarismo corporal, el juicio clínico, tomando como referencia la valoración clínica de los genitales, incorporaba expectativas sobre la futura vida sexual, la reproducción y la apariencia corporal. En esta concepción, los cuerpos asignados como femeninos se centraban en la posibilidad de la penetración vaginal heterosexual, mientras que en los masculinos se valoraba la capacidad de orinar de pie o tener un tamaño fálico suficiente para responder a las expectativas de masculinidad normativa (Fausto-Sterling, 2000; Gregori Flor, 2015).

En la década de los 90, las personas intersexuales empezaron a hablar en primera persona sobre sus experiencias sociales, familiares y médicas, cuestionando el silencio y la autoridad exclusiva del discurso biomédico. La fundación Intersex Society of North America en 1993 promovida por Cheryl Chase encabezó la primera protesta pública intersex celebrada en Boston el 26 de octubre de 1996, marcando un punto de inflexión en la visibilización política de estas demandas (Intersex Awareness Day, s. f.; Vázquez García, 2019). A partir de ahí, la intersexualidad dejó de ser solamente un objeto de diagnóstico para convertirse también en una cuestión de Derechos Humanos, integridad corporal y autonomía personal. Este cambio impulsó la discusión sobre la ética del consentimiento y la medicina basada en la corrección. Las historias personales mostraron las consecuencias de las intervenciones realizadas en la infancia y la desconfianza hacia el sistema sanitario. El daño no solo se limitaba al procedimiento quirúrgico, existía una parte emocionalmente dura, puesto que la información se transmitía de forma fragmentada o, directamente, se ocultaba. La ruptura biográfica provocada por el descubrimiento tardío del diagnóstico o de cirugías previas se vivía como un proceso traumático al conocer la propia historia corporal y familiar a través de la información médica (Gregori Flor, 2016; Protocolo de atención integral a personas intersexuales, 2023).

Desde esta visión, la intersexualidad se vuelve a colocar en un cruce entre el empoderamiento corporal y reconocimiento social. No solo se trata de que existan cuerpos distintos, sino de una decisión histórica sobre la validez de los cuerpos y las medidas de corrección, además del derecho conculcado de información o el derecho a decidir. Por ello, el activismo intersex nace con la misión de poner fin a las intervenciones médicamente innecesarias o sin conocimiento, de garantizar el acceso completo a la historia clínica y a un acompañamiento psicológico no patologizante, así como de formar al personal sanitario y educativo y de crear referentes positivos que rompan los estigmas de la sociedad (OII Europe, 2020; Gregori Flor, 2024).

En el año 2005 el “Consenso de Chicago” aparece como alternativa al Modelo Money, fundamentalmente por el fracaso de éste y por la presión del activismo intersex, que denunció las secuelas físicas, tales como pérdida de sensibilidad, dolor crónico o esterilidad, además de los traumas psicológicos. Este consenso reunió a especialistas de la medicina (endocrinología pediátrica, genética, urología, ginecología, neonatología), especialistas en psicología clínica y activistas. A través de una decisión unánime se desterraron los términos “hermafroditismo” y/o “pseudohermafroditismo”, para sustituirlos por “desarrollo sexual diferente” o DSD. Desaparece el examen microscópico de la gónada como principal técnica y se

establecen otras técnicas basadas en el estudio biológico de los cromosomas (cariotipos). Una de las clasificaciones emanada de este Consenso es:

- DSD Cromosómico: Variaciones numéricas en los cromosomas (Ej: 45X o Síndrome de Turner; 47XXY o Síndrome de Klinefelter).
- DSD 46XX: Cromosomas típicamente femeninos, pero con trayectorias de desarrollo atípicas (Ej: Hiperplasia Suprarrenal Congénita).
- DSD 46XY: Cromosomas típicamente masculinos, pero con trayectorias de desarrollo atípicas (Ej: Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos).

En la actualidad persiste el debate de los modelos basados en las cirugías. Sigue siendo una apuesta incipiente la generación de equipos multidisciplinares que aborden la evolución individualizada de cada caso. La investigación biomédica, además, está en constante descubrimiento de nuevas caracterizaciones, y no parece que la intervención quirúrgica sea una opción remota. En cualquier caso, cualquier avance científico debe tener en cuenta el destierro de lo que ha sido inmutable en el estudio de las características de las personas intersexuales: la patologización.

Retos del activismo de las personas intersexuales

Una primera conclusión es que el activismo intersex surge en un momento histórico más reciente. El comportamiento de su participación y utilidad puede verse influido por factores más contemporáneos, como el auge de las nuevas comunidades fragmentadas y digitales.

La cuestión pasa por la definición de *identidad*. Volviendo a Erving Goffman, en su obra *Estigma*, analiza las estrategias que emplean las personas con características devaluadas por la norma para gestionar la información autoafirmativa. Dado que la intersexualidad afecta a dimensiones profundamente íntimas (anatomía urogenital, esterilidad, diferencias hormonales), muchas personas recurren a la técnica del "pasar desapercibido" (passing). El rechazo a la militancia colectiva visible constituye una herramienta de autoprotección legítima frente al estigma.

Existen otros elementos que favorecen la comprensión de la realidad que acompaña a este colectivo:

- Una fatiga identitaria.
- Las comunidades en red como alternativas a colectivos localizados geográficamente.
- El nuevo sistema de organización basado en un ciberactivismo virtual, secreto y disperso.

La fatiga identitaria y la "Modernidad Líquida" (Zygmunt Bauman)

El activismo LGBTI+ clásico exige una militancia sólida, la adopción de un paquete ideológico muy concreto y el uso de un lenguaje académico-médico altamente codificado. En la era de la "modernidad líquida", las personas intersex rechazan que

una condición biológica defina la totalidad de su existencia o les condene a habitar una categoría política disidente perpetua. Frente a la constancia de esa categoría política disidente, surge la fatiga identitaria y la demanda del derecho a integrarse en la normalidad cotidiana sin exposición pública.

La "Sociedad Red" y las comunidades virtuales (Manuel Castells)

Castells plantea que el poder organizativo contemporáneo se ha descentralizado a través de redes globales de información. Para las personas intersex, este cambio ha tenido un **impacto positivo de democratización de la información**. Los canales cerrados (por ejemplo, Telegram) actúan como "nodos de conocimiento" donde personas de cualquier origen geográfico pueden compartir diagnósticos, resolver dudas médicas y encontrar apoyo psicológico inmediato bajo un absoluto anonimato, subvirtiendo el aislamiento histórico sin el coste de la exposición pública.

Clicktivismo y Cámaras de Eco (Cass Sunstein)

Sunstein advierte que los entornos digitales favorecen la fragmentación en cámaras de eco que aíslan a los grupos de la esfera pública, alimentando el fenómeno del **"activismo de sofá" (slacktivism)**. Esto genera un **impacto político negativo**: al organizarse de manera virtual, secreta y dispersa, estas personas ganan bienestar individual, pero pierden representación e interlocución institucional. Al no existir estructuras físicas colectivas que traduzcan las demandas médicas de internet en propuestas legislativas, los parlamentos legislan basándose únicamente en los grupos de presión LGBTI+ tradicionales, ensanchando la brecha de desprotección sanitaria de estas personas.

Marco jurídico y normativo

España es, junto a Chile, Colombia, Islandia, Alemania, Kenia, Malta y Grecia, uno de los países que en su legislación cuenta con restricciones para la intervención quirúrgica en criaturas intersex. Parcialmente, además, están la India y Australia. Es decir, España forma parte de ese 5% de países que regula la restricción quirúrgica, en este caso, a través de la Ley 4/2023.

- **Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI (conocida como "Ley Trans y LGBTI+")**: Es la norma fundamental a nivel estatal. Dedicó apartados específicos a la intersexualidad, estableciendo hitos clave:
 - **Prohibición de modificaciones genitales**: Se prohíben taxativamente las cirugías de modificación genital correctiva en personas menores de doce años, a menos que existan indicaciones de salud médica que pongan en riesgo su vida.
 - **Derecho a la integridad y confidencialidad**: Exige a las instituciones sanitarias asegurar el respeto a la intimidad, la confidencialidad de las

características físicas y evitar exploraciones innecesarias o la exposición sin fines diagnósticos claros.

- **Inscripción registral flexible:** Permite que, en el momento del nacimiento, si las características físicas del recién nacido no permiten determinar el sexo de forma inequívoca, los progenitores puedan dejar en blanco la mención del sexo durante un plazo determinado (hasta que se defina o se alcance mayor madurez, evitando asignaciones forzadas).
- **Formación del personal sanitario:** Obliga a las administraciones a garantizar formación actualizada y continua del personal de salud sobre variaciones de las características intersexuales desde una perspectiva de derechos humanos, abandonando el enfoque patologizante.
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** Reconoce los derechos adicionales desde el ámbito sanitario que las personas intersex poseen:
 - **El Consentimiento Informado (Artículos 8 al 11):** Toda actuación médica requiere el consentimiento libre y voluntario del paciente. Este consentimiento debe darse después de recibir información clara, veraz y comprensible sobre los riesgos y alternativas. El paciente tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento, y puede revocar su consentimiento en cualquier momento.
 - **El Derecho a la Información Asistencial (Artículos 4 al 6):** El titular de la información es el paciente. Tiene derecho a saber qué le pasa, pero también se respeta el "derecho a no ser informado" si así lo desea.
 - **La Historia Clínica y Documentación (Artículos 14 al 18):** Se garantiza la confidencialidad absoluta de los datos de salud y se reconoce el derecho del paciente a acceder a su historia clínica y a obtener una copia de esta.

2. Ámbito Europeo

En Europa conviven dos marcos institucionales diferenciados que han impulsado los derechos intersex mediante resoluciones, directivas y, recientemente, recomendaciones vinculantes.

Unión Europea (UE)

La legislación de la UE se enfoca principalmente en la no discriminación en el empleo y el acceso a bienes y servicios bajo el paraguas del **artículo 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE**.

- **Resolución del Parlamento Europeo sobre los derechos de las personas intersexuales (14 de febrero de 2019):** Este Parlamento condenó firmemente los tratamientos y cirugías de normalización del sexo, instó a los Estados miembros a adoptar leyes que protejan la integridad corporal de los menores intersex lo antes posible y solicitó que se facilitara la obtención de documentos de identidad adecuados.
- **Estrategia de Igualdad LGBTIQ (2020-2025) de la Comisión Europea:** Incluyó por primera vez acciones específicas para mejorar la visibilidad y protección de las personas con variaciones en las características sexuales, promoviendo el intercambio de buenas prácticas médicas no invasivas entre países miembros.

Consejo de Europa:

- **Recomendación CM/Rec(2025)7 del Comité de Ministros (Adoptada a finales de 2025):** Es considerada **el primer instrumento jurídico internacional integral** dedicado exclusivamente a los derechos humanos de las personas intersexuales. Ofrece una guía detallada y directa a los gobiernos europeos para prohibir de forma efectiva las intervenciones médicas no consensuadas y posponer cualquier cirugía estética/reconstructiva hasta que la persona sea lo suficientemente madura para decidir por sí misma.
- **Resolución 2191 (2017) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa:** Titulada *"Promover los derechos humanos de las personas intersexuales y eliminar la discriminación"*, sentó las bases para que los países europeos calificaran legalmente las cirugías no consensuadas a bebés intersex como una violación de la integridad física.

3. Ámbito Internacional

A nivel global no existe un tratado único o convención exclusiva para la intersexualidad, sino que los organismos internacionales interpretan los tratados de Derechos Humanos existentes para aplicarlos a este colectivo.

- **Los Principios de Yogyakarta (y sus actualizaciones "Yogyakarta +10"):** El *Principio 32 (Derecho a la integridad corporal y mental)* exige específicamente que nadie sea sometido a procedimientos médicos invasivos o irreversibles encaminados a modificar sus características sexuales sin su consentimiento informado.
- **Informes del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (2013 y 2016):** La ONU ha emitido múltiples directrices técnicas y declaraciones conjuntas. Sus comités (como el *Comité contra la Tortura* y el *Comité sobre los Derechos del Niño*) consideran formalmente que las cirugías de normalización forzadas en bebés constituyen una forma de **trato cruel, inhumano o degradante**, equiparándolas en ocasiones a la mutilación genital.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS):** En sus clasificaciones y manuales directrices, la OMS ha ido retirando progresivamente el lenguaje que calificaba las variaciones intersexuales puramente como "trastornos" o "malformaciones estructurales a corregir de inmediato", enfocándose en la despatologización del desarrollo biológico diverso.
 - En **2014**, la OMS firmó una declaración conjunta histórica junto a otras agencias de la ONU ("*Eliminar la esterilización forzada, coercitiva y de otro modo involuntaria*"). En este documento se denunció explícitamente que los tratamientos de "normalización" genital en personas intersex a menudo daban lugar a la esterilización no consentida, instando a tratarlos bajo un enfoque de derechos humanos y no de corrección obligatoria.
 - En **2015**, la OMS publicó el informe técnico "*Salud sexual, derechos humanos y la ley*". En este texto, la OMS empezó a distanciarse de la idea de que estas variantes físicas eran "malformaciones que debían corregirse de inmediato", señalando que los bebés nacidos con características intersex sufrían intervenciones quirúrgicas tempranas innecesarias que carecían de evidencia médica que justificara su urgencia.
 - El hito normativo más importante de la OMS a nivel global ocurrió con la creación y publicación de la **CIE-11** (*Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión*): En **junio de 2018**, la OMS presentó de manera oficial la versión final de la CIE-11 (aprobada posteriormente por los Estados miembros en **2019** y con entrada en vigor a nivel mundial el **1 de enero de 2022**).



Análisis de resultados

Análisis de resultados

Contexto general: el papel de la biomedicina

Todas las vidas, experiencias y estudios en los que se fundamenta esta investigación están atravesadas por la influencia de la biomedicina y la práctica de esta. Las personas participantes señalan situaciones traumáticas basadas en intervenciones médicas no consentidas, falta de información, falta de formación profesional, trato patologizante o falta de acompañamiento psicosocial. Una acción a la que se une el sector educativo, en forma invisibilidad curricular, acoso, desconocimiento y ausencia de protocolos concretos. En la experiencia vital y el continuum de los procesos de socialización, la etapa adulta se marca por el ámbito laboral, y se manifiesta a través de prejuicios sobre la corporalidad, la salud, la identidad o adecuarse a ciertas expectativas sociales. Finalmente, la expresión cultural del tratamiento de la intersexualidad está presente de manera paradigmática en el ámbito deportivo, siendo las personas con variaciones dentro de sus características sexuales objeto de controles, exclusiones y sospechas (ACNUDH, s. f.; Naciones Unidas, 2024).

Desde un punto de vista psicosocial, la discriminación no solo opera mediante agresiones directas. También se produce a través de formas silenciosas como, por ejemplo, la imposibilidad de compartir la propia historia, la vergüenza aprendida, el miedo al rechazo afectivo o sexual, el sentimiento de sentirse “fuera de lo normal” o no contar con palabras para nombrar la experiencia. La autora Gregori Flor (2016) reconoce las mentiras, los silencios y el secretismo como aristas centrales de muchas experiencias intersexuales/DSD. Estos elementos afectan a la autoestima, a la relación con el propio cuerpo, el autoconcepto y los vínculos familiares y afectivos.

La discriminación también puede adoptar una forma intracolectiva. Aunque esté incluida dentro de las siglas LGTBI+, las necesidades de las personas intersex no siempre coinciden con las del resto de realidades del colectivo. Mientras que algunas luchas se enfocan en la orientación sexual o en la identidad de género, las demandas intersex se centran en las características sexuales, la integridad corporal, la historia clínica y la crítica a las intervenciones tempranas. Esto no significa que no haya alianzas, al contrario, se muestra que la inclusión tiene que construirse reconociendo especificidades y evitando que la “I” funcione solo como una letra más sin contenido político propio.

Otra arista importante a mencionar, es el rol de los mitos y las concepciones erróneas. Uno de los más repetidos es la idea de que toda variación intersexual implica necesariamente un riesgo grave para la salud o que la cirugía temprana es necesaria para evitar problemas de cara a futuro. La literatura crítica (y ya no tan crítica) no sostiene que todos los riesgos médicos sean inventados, pero si avisan que el lenguaje de riesgo se puede usar de manera desproporcionada o con poco contexto para justificar intervenciones irreversibles (Gregori Flor, 2015).

El caso de riesgo de cáncer en determinadas gónadas señala bien esta complejidad. Hay diagnósticos en los que puede haber predisposición para el desarrollo tumoral y,

por tanto, es necesario hacer un seguimiento clínico. No obstante, no todos los diagnósticos presentan ni el mismo riesgo ni se deben resolver mediante la cirugía temprana. La cuestión ética consiste en ofrecer información individualizada, comprensible y clara, esquivando al miedo como sustitutivo al consentimiento informado. Cuando la palabra “cáncer” se usa sin matices, puede crear una presión en familias y pacientes para aceptar procedimientos que quizá se hubieran podido aplazar, vigilar o haber tomado la decisión en el futuro con la participación activa de la persona afectada (Gregori Flor, 2015; Lee et al., 2006).

Es trascendental desmontar la idea de que las cirugías de “corrección” aseguran una vida más sencilla. La evidencia testimonial y los estudios sociales muestran que muchas personas intervenidas en la infancia han podido experimentar secuelas psicológicas y físicas traumáticas. Por ello, la argumentación de evitar el sufrimiento futuro tiene que ser analizada críticamente debido a que no basta solo con presuponer que un cuerpo más “ajustado” a la norma sufrirá en menor medida, porque son las propias intervenciones las que pueden producir sufrimiento, dependencia médica y pérdida de autonomía (Battaglini, 2019; Gregori Flor, 2016).

Teniendo en cuenta que existen mitos respecto al futuro “indoloro” de una persona intersex, es importante destacar qué daños físicos o psicológicos puede sufrir una persona con esta condición.

Las intervenciones gonadales y genitales que se realizan sin consentimiento pueden producir daños físicos como pérdida de sensibilidad, dolor crónico, estenosis, infertilidad, incontinencia, cicatrices o necesidad de nuevas cirugías. Estos daños son relevantes porque afectan a las dimensiones íntimas del cuerpo, la reproducción y la sexualidad. Además, cuando las intervenciones se realizan en la infancia, pasan muchos años hasta que las personas intersex averiguan qué ha sucedido.

Respecto al plano psicológico, los efectos pueden incluir vergüenza, depresión, ansiedad, dificultades en las relaciones afectivas, desconfianza dirigida hacia el sistema sanitario y experiencias traumáticas relacionadas con las repetidas cirugías. Por ejemplo, el protocolo de Atención Integral a personas intersexuales de las Illes Balears del 2023 subraya que muchos problemas relatados por personas intersexuales o con variación intersexual (DSD) y sus familias, contemplan malas experiencias médicas, peregrinaje sanitario, secretos, estigma, culpa, ansiedad, incertidumbre, aislamiento y silencios.

Toda esta enumeración destaca que el daño no puede comprenderse únicamente como una consecuencia quirúrgica, sino como una experiencia biográfica acumulada. Por eso, el acompañamiento psicosocial debería ser una parte importante de cualquier modelo de atención. No se trata de acompañar con el objetivo de aceptar una cirugía, sino para comprender información, elaborar emociones, tomar decisiones, construir redes de apoyo y reducir el aislamiento. Por ello, se debe afrontar esta investigación con un enfoque mixto, ya que no se debe considerar sólo la arista sanitaria, sino que se debe abordar desde varios puntos importantes.

Percepciones y conocimiento de la intersexualidad dentro del colectivo LGTBI+

Las intersexualidades han pasado de ser una cuestión prácticamente inexistente en el pensamiento colectivo a ser un tema emergente (Gregori Flor, 2024), o como matiza Teresa del Valle et.al (2002; 13) “la dificultad del estudio de los modelos socioculturales emergentes reside en que estamos definiendo una experiencia social que todavía se encuentra en proceso y que a menudo no es reconocida, es negada o es invisibilizada de diversas maneras”. La complejidad de este proceso de reconocimiento, aceptación o visibilización se debe a que la intersexualidad se ve como una amenaza a la heteronormatividad. No obstante, en los últimos 20 años, se pasó de una invisibilización de la intersexualidad, a hablarse con orgullo y en primera persona de los cuerpos con características sexuales diversas, despatologizando tanto el concepto como lo que se considera como “problema” y hablando de ello fuera de la esfera médica (Gregori Flor, 2024).

Asimismo, y considerando el papel crucial del activismo para que las personas intersex hayan sido escuchadas, la trayectoria histórica de la incorporación de las personas intersex como parte del colectivo LGTBI+ surge a partir los 90 con la denominada “Ruptura del Silencio” y la primera manifestación en 1996 en Boston.

A principios de la década de 2010, en el Tercer Foro Internacional (Malta, 2013), se redacta la Declaración de Malta, donde organizaciones como Amnistía Internacional, Human Rights Watch y organismos internacionales como la ONU o el Consejo de Europa comienzan a emplear las siglas LGTBI, para hacer visibles las demandas específicas de las personas intersex y el cese de las violaciones a sus derechos humanos.

En España, casos como el de Florencio Pla Meseguer (“La Pastora” así denominado por la prensa y el poder), inscrito como mujer, hablan de la constante tortura, humillación y abuso por parte de la Guardia Civil en los años de plomo de la dictadura franquista. Florencio se une a la guerrilla y es considerado por la prensa del momento como un “monstruo sanguinario”. Un caso que une la experiencia de un cuerpo visto diferente y la memoria democrática de este país.

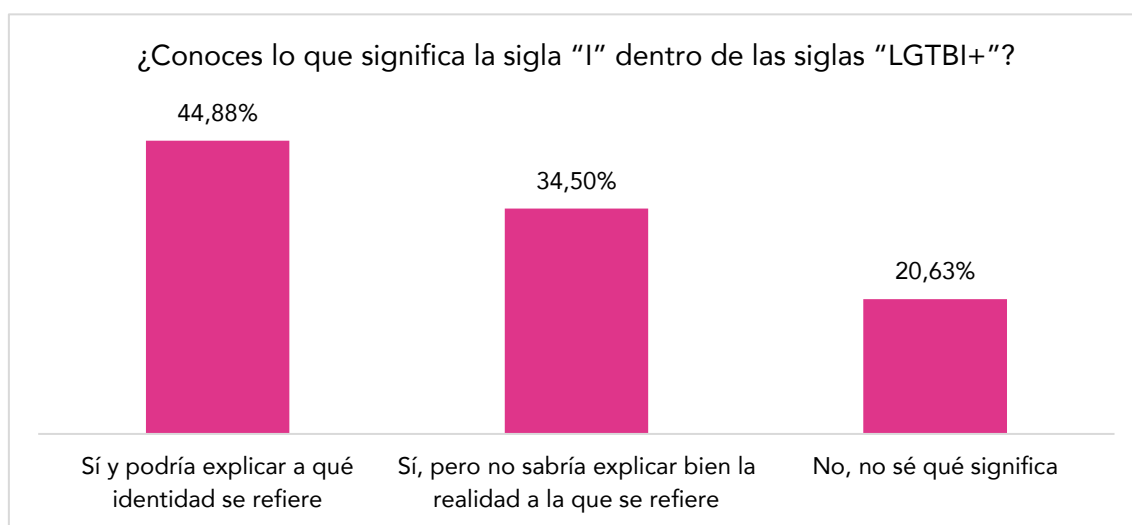
En la época actual, en la década de 2010, se inicia la creación de colectivos de personas intersex y redes de apoyo. La Asociación Caminar, y Camino Baró como referente, iniciaron un trabajo comunitario cuya misión era romper el aislamiento, compartir las secuelas psicológicas y físicas de las operaciones infantiles y educar a la sociedad. Fruto de estas demandas y debates, en el año 2020 nace la asociación Kaleidos. En 2021, por decisión del IX Congreso de FELGTB, la entidad pasa a denominarse FELGTBI+, incorporando explícitamente en sus siglas a las personas intersex.

Todo este proceso ha impulsado una mayor mirada al pasado de las personas intersex, como objetivo de reparación, así como un abordaje de su presente, para evitar que se

reproduzca todo lo acontecido históricamente. Así pues, considerando al colectivo de personas LGTBI+, es importante analizar qué nivel de conocimiento y percepción tienen de la realidad de las personas intersex.

En la Encuesta Estado LGTBI+, elaborada por 40DB para FELGTTBI+ se formulan una serie de preguntas relativas al nivel de conocimiento sobre la realidad intersex y acerca de la opinión sobre el estado de sus derechos. Para empezar, el Gráfico 1 indica que solamente un 45% de la población LGTBI+ declara saber y poder explicar qué significa la letra "I". A este le seguiría un "Sí, pero no sabría explicar bien la realidad a la que se refiere" con un 34,5% y en tercer lugar un "No, no sé qué significa" con un 20,63%.

Gráfico 1: Porcentaje de respuestas a la pregunta "¿Conoces lo que significa la sigla "I" dentro de las siglas "LGTBI+"?". Fuente: Encuesta Estado LGTBI+ 2026



Hay una diferencia importante que se recalca y es que reconocer la sigla no es equivalente a comprender las experiencias, derechos y necesidades de las personas intersex. Esta afirmación se sostiene en que prácticamente un 64% de las personas LGTBI+ consideran que es necesario un mayor conocimiento de esta realidad. Igualmente, el Gráfico 2 relata que el 21,5% cree que es necesario, aunque considera que la mayoría de la gente la conoce, y un 15% no lo ve necesario.

Gráfico 2: Porcentaje de respuestas a la pregunta "¿Crees que es necesario que haya un mayor conocimiento sobre la realidad de la I?"

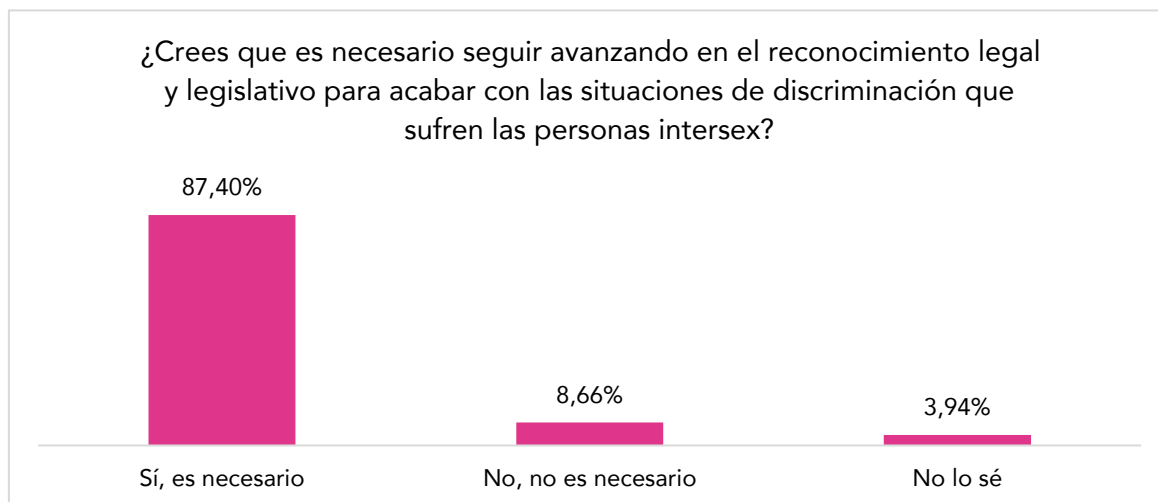


Aquí se muestra una percepción dominante muy marcada de déficit de conocimiento social. Si se agregan las dos respuestas afirmativas sería un **85,13%** el que consideraría necesario ampliar el conocimiento sobre la realidad intersexual, aunque por motivos distintos: hay quien cree que el desconocimiento es mayoritario y otro sector que afirma que las personas conocen la realidad, pero hay que seguir avanzando. Esto muestra que la demanda de la visibilidad sobre las personas intersexuales no sólo depende del desconocimiento social, sino también de una valoración normativa (incluso cuando se reconoce cierto conocimiento, no se considera suficiente incluso dentro del propio marco LGTBI+).

Sin embargo, también se muestra que la integración de la "I" dentro del colectivo no debe darse por supuesta. La pertenencia formal a unas siglas no asegura automáticamente representación política, comprensión social ni falta de discriminación interna. Por ello, la visibilidad se debe plantear de forma cuidadosa, no se trata de exponer cuerpos ni convertir la intersexualidad en un elemento "espectacularizado", sino de construir condiciones para que las personas intersexuales puedan nombrarse, organizarse y participar en la definición de las políticas que les afectan.

En cualquier caso, un **87,4%** considera necesario seguir avanzando en el reconocimiento legal y legislativo para acabar con las situaciones de discriminación de las personas intersex. Es decir, se identifica a este grupo como uno de los integrantes en la reivindicación de derechos (Gráfico 3).

Gráfico 3: Porcentaje de respuestas a la pregunta "¿Crees que es necesario seguir avanzando en el reconocimiento legal y legislativo para acabar con las situaciones de discriminación que sufren las personas intersex?"



Cuando se plantea una batería de preguntas sobre las principales dificultades a las que se enfrentan las personas intersex, el Gráfico 4 vuelve a confirmar dos aspectos fundamentales: su visibilidad (41,88% de respuestas afirmativas) y la falta de reconocimiento legal de su realidad (34,63% de las respuestas). A estas dificultades les sigue el odio y la discriminación social, la discriminación dentro del propio colectivo y las situaciones de violencia en el ámbito sanitario.

Gráfico 4: Porcentaje de respuestas a las opciones de la pregunta "¿Cuáles crees que son las principales dificultades que enfrentan las personas intersex del colectivo?"



Variables intervinientes

Existen dos variables sociodemográficas que influyen en la afirmación del nivel de conocimiento de la letra "I" en las siglas LGTBI+ y la necesidad de un mayor conocimiento: la edad y la identidad de género.

En cuanto a la edad, se puede decir que existe una relación entre juventud y nivel más elevado de conocimiento de la realidad, y de igual forma, la percepción de que se conozca su realidad y la necesidad de seguir avanzando en el reconocimiento legal de las personas intersexuales. En el caso de edades más jóvenes, existe un mayor nivel de conocimiento que, además, implica una necesidad de que se conozca con mayor profundidad su realidad y una mayor percepción de necesidad de ampliación de derechos. A edades más avanzadas se produce el efecto inverso: menor nivel de conocimiento y menos percepción de la necesidad de que su realidad sea más conocida y de un mayor reconocimiento de derechos.

Gráfico 5: Relación de edad y "¿Conoces lo que significa la sigla "I" dentro de las siglas "LGTBI+"?"

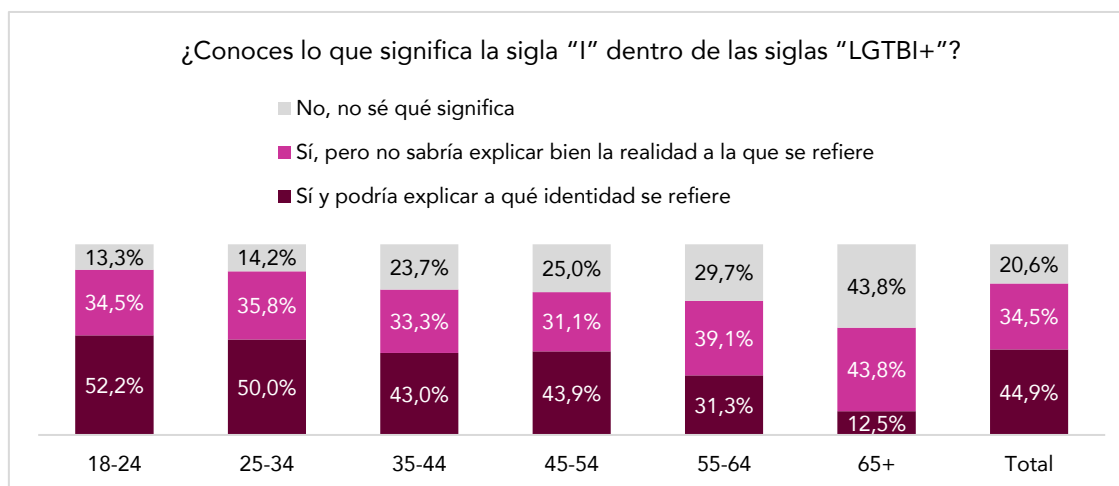


Gráfico 6: Relación de edad y "¿Crees que es necesario que haya un mayor conocimiento sobre la realidad l?"

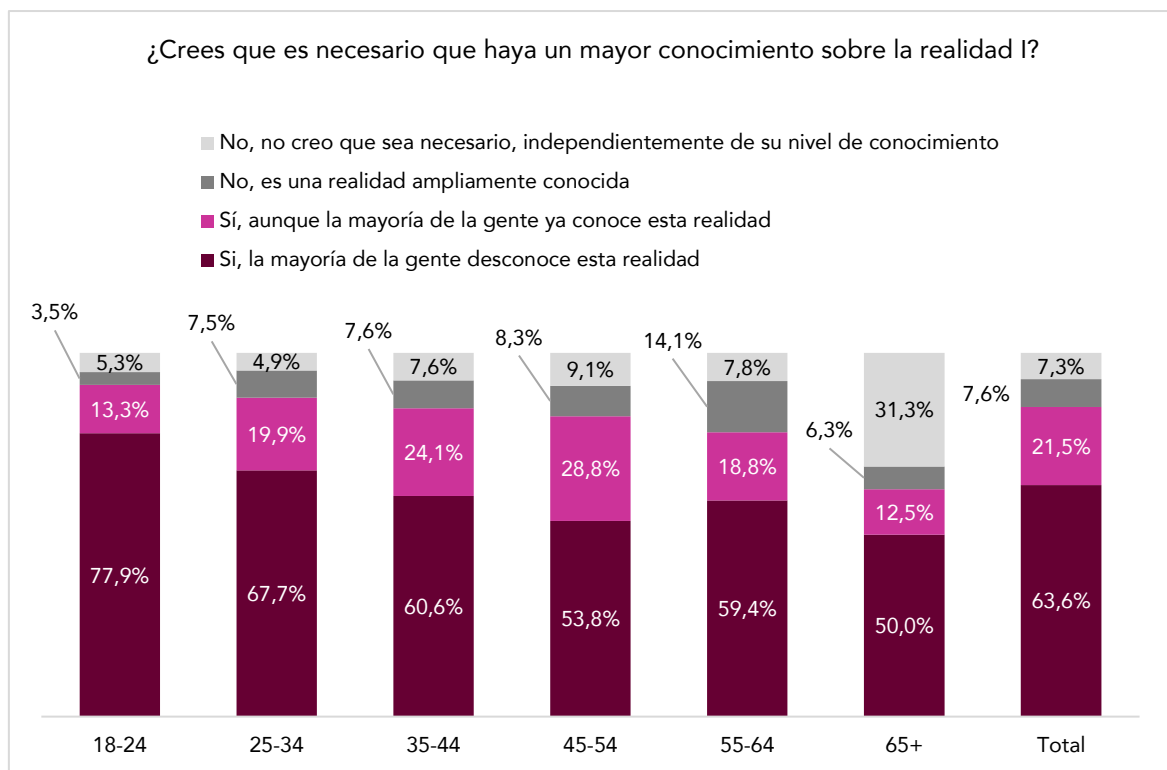
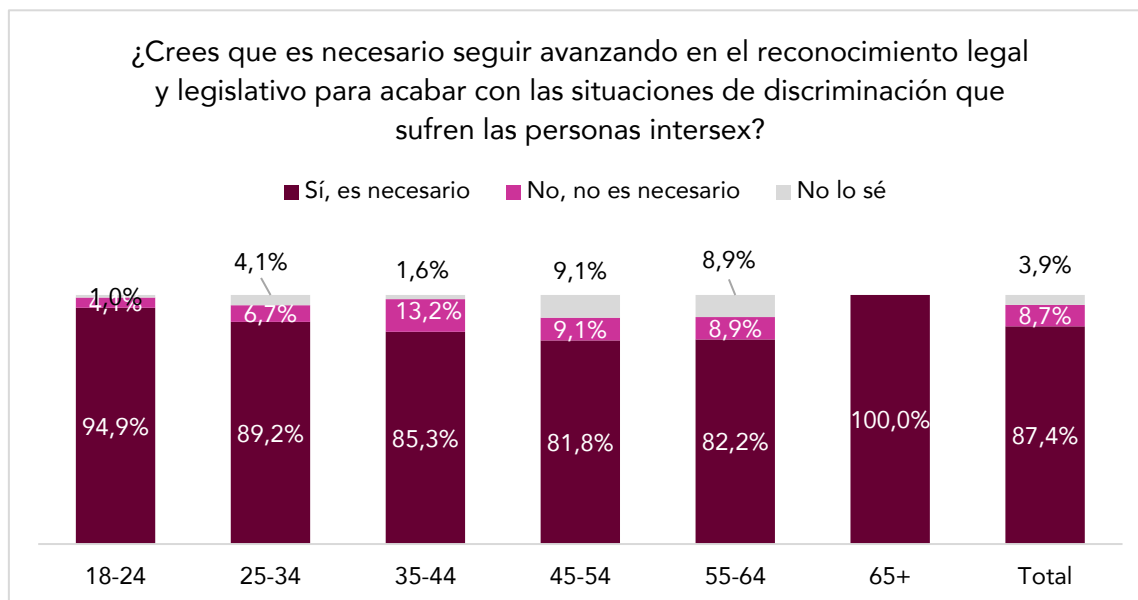


Gráfico 7: Relación de edad y "¿Crees que es necesario seguir avanzando en el reconocimiento legal y legislativo para acabar con las situaciones de discriminación que sufren las personas intersex?"



Por otro lado, la identidad de género también es una variable que ejerce una influencia en el nivel de conocimiento de la sigla "l" y la necesidad de seguir avanzando en el reconocimiento legal de sus derechos. Según los gráficos que se presentan a

continuación, ¿qué personas del colectivo LGBTI+ conocen esta realidad y, además, podrían explicar a qué se refiere? Fundamentalmente personas no binarias (57,1%) y hombres cis (47,4%). Sin embargo, un nivel de conocimiento más profundo no implica necesariamente (como en el caso de la edad) que se considere necesario seguir avanzando en el reconocimiento legal de las personas intersex. En cuanto a los porcentajes más elevados, son las mujeres trans (91,7%) y las mujeres cis (89,6%), quienes más perciben esta necesidad.

Gráfico 8: Relación entre identidad de género y respuesta a la pregunta "¿Conoces lo que significa la sigla "I" dentro de las siglas "LGTBI+"?"

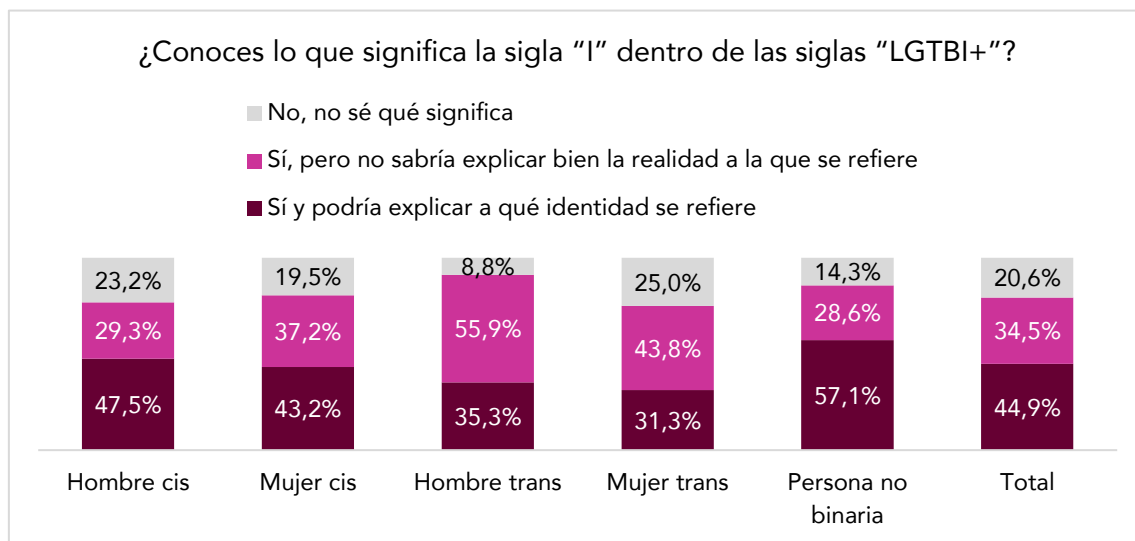
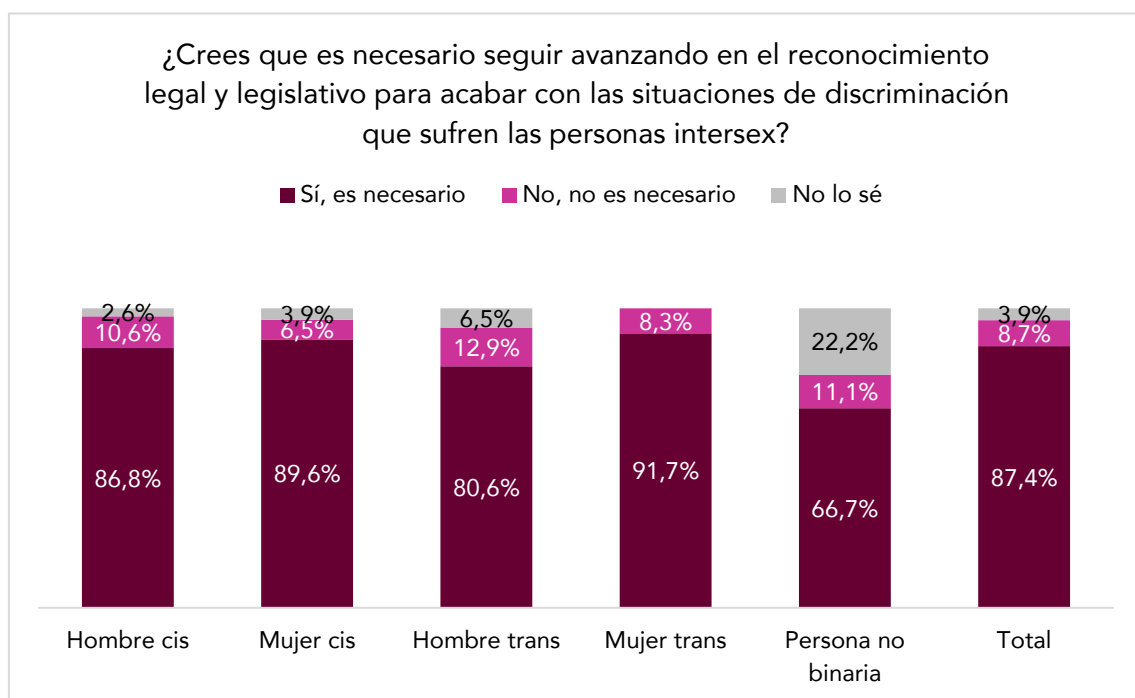


Gráfico 9: Relación de identidad de género y respuesta a la pregunta "¿Crees que es necesario seguir avanzando en el reconocimiento legal y legislativo para acabar con las situaciones de discriminación que sufren las personas intersex?"



Primera dificultad: las estadísticas

No es posible realizar una estimación de personas intersex, puesto que muchas de las características que las definen pueden permanecer ocultas a lo largo de toda la vida. Cualquier característica no necesaria para formas tradicionales de práctica sexual y/o reproductiva puede tapar las particularidades propias de lo que se define como persona intersexual.

En el ámbito de la ciencia biomédica existe un debate para establecer una probabilidad de personas intersex según nacimientos. Tanto Amnistía Internacional como Naciones Unidas adoptan la cifra establecida por el estudio de Anne Fausto- Sterling (2000), que considera que un 1,7% de los nacimientos no se ajustan al estándar biológico “típico” de hombre o mujer. Este porcentaje incluye, entre otras:

- Hiperplasia Suprarrenal Congénita de inicio tardío (LOCAH): Es una condición hormonal que representa la inmensa mayoría de ese 1,7% (alrededor del 88% de los casos sumados).
- Síndrome de Klinefelter (47XXY): Una variación en los cromosomas sexuales que afecta a personas asignadas como varones al nacer, que a menudo se descubre por problemas de fertilidad en la edad adulta.
- Síndrome de Turner (45X): Una variación cromosómica en personas asignadas como mujeres al nacer.
- Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (AIS): En sus variantes completas o parciales.

Al aplicar esta tasa de prevalencia del 1,7% a los datos consolidados de natalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en España para los últimos ejercicios con registro cerrado se evidencia la magnitud poblacional de esta realidad:

- Año 2024 (318.005 nacimientos): Aproximadamente 5.406 bebés nacieron con variaciones intersex.
- Año 2025 (321.164 nacimientos): Aproximadamente 5.459 bebés nacieron con características sexuales diversas.
- Proyección decenal: En la última década en España, se estima que han nacido entre 3.200 y 4.200 personas intersexuales por año, lo que representa un acumulado de más de 35.000 personas que requieren una atención sociosanitaria libre de estigma.

En octubre de 2025, el Informe Being Intersex in the EU, de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) alertaba de la situación de España, como segundo país de la UE con más agresiones contra personas intersex en los últimos años.³

³ Fuente: <https://felgtbi.org/blog/2025/10/24/espana-es-el-segundo-pais-de-la-ue-con-mas-agresiones-contras-personas-intersex-en-los-ultimos-cinco-anos/>

Por otro lado, en el año 2018 el Comité de los Derechos del Niño (CRC) de la ONU cuestionó a España sobre la Mutilación Genital Intersexual. ¿Existe alguna posibilidad de analizar la evolución de las medidas tomadas por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas en su marco competencial respecto a esta situación? La respuesta es taxativamente NO. Brújula Intersexual et al. (2018) confirma que, en la fecha de publicación del citado informe:

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.

Este mismo informe relata la protección jurídica de la legislación autonómica, la única existente en la fecha de su publicación. Dicho documento señala que, de 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 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 y 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”. Esta reconocida cobertura jurídica, quedó derogada con la Ley 17/2023, de 27 de diciembre.

La Ley de ámbito estatal (Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI) es clave para este apartado. El Artículo 7, referido a estudios y estadísticas, señala el impulso de los poderes públicos para la realización de encuestas y estudios de esta realidad.

Por su parte, el Artículo 19 habla de un tratamiento integral a la salud de las personas intersexuales, limitando las prácticas de modificación genital salvo que las indicaciones médicas exijan lo contrario.

Atendiendo a la información estadística del Ministerio de Sanidad eCIE10ES, que ofrece información precisa de diagnósticos y procedimientos, resulta imposible descifrar si la causa es derivada por la condición de las diferentes características de intersexualidad. Por tanto, en base a los criterios de estos dos artículos y al informe elaborado por el Comité de los Derechos del Niño (CRC) de la ONU (2018), ¿qué se está haciendo para analizar y evaluar las formas en que se han corregido estas prácticas?

Análisis de resultados

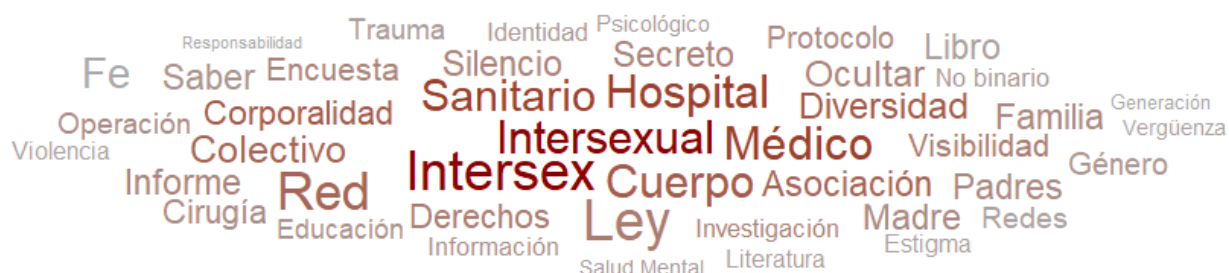
Persiste una *cultura endosexual* que se erige como condición exclusiva, no reconociendo la existencia de corporalidades intersexuales. Como ya se ha visto en los apartados anteriores de este informe, el abordaje de la intersexualidad en España ha transitado de forma reciente desde una gestión puramente médica y patologizante, hacia una progresiva politización y reconocimiento como cuestión de derechos humanos y derechos fundamentales (según la Constitución Española de 1978). Esta transformación cuestiona además el binarismo sexual como axioma biológico irrefutable y pone de manifiesto cómo, en nombre de ese dogma, el cuerpo humano es moldeado por discursos científicos, jurídicos y administrativos.

Una prevalencia estimada (1,7%) similar a la proporción de personas pelirrojas demuestra que no se trata de una anomalía estadística insignificante, sino de una manifestación intrínseca de la variabilidad biológica humana. Sin embargo, la invisibilidad y la falta de un marco conceptual unificado perpetúan la violencia sobre estas corporalidades.

La riqueza de los resultados ha posibilitado un prisma que tiene como punto de partida la construcción de sujetos políticos y, más concretamente, de sujetos *biopolíticos*. Se trata de personas cuyo cuerpo, vida y funciones biológicas poseen una existencia atravesada por el modelado y la gestión del poder político, médico y social. El Estado y sus instituciones construyen una clasificación que administra la vida. El concepto de biopolítica (Foucault, 1976) define el rol del Estado en cuanto a la clasificación de cuerpos, a partir de una estructura de “normalización”.

La nube de palabras revela que los discursos generados en las entrevistas realizadas para esta investigación indican que el factor más importante es, efectivamente, la construcción biopolítica, a partir de una socialización basada en la intervención médica.

Figura 1: Nube de palabras de entrevistas en profundidad



Estas palabras (sanitario, hospital, médico, ley, asociación, familia, ocultar, secreto) constituyen la identidad de las personas intersex en España. Tanto los resultados de este estudio como las fuentes de investigación previas señalan que la experiencia de las personas intersex sólo se entiende si se analiza a través de la operativización de la biopolítica en este periodo histórico de Modernidad, es decir, cómo el poder del biologicismo político opera como mecanismo de control a través de los cuerpos. Se trata de una **anatomopolítica** (Foucault, 1975/2002, p. 32)⁴, encargada de moldear los cuerpos de manera individual, con una finalidad de control.

Inevitablemente abordar la realidad de las personas intersex, caracterizada por vivencias y condicionada por la acción de las instituciones sanitarias, entra en contradicción con la acción protectora de lo público, encargado de la salud de la sociedad. Estos términos aparecen de manera recurrente en la nube de palabras (Figura 1), y poseen significados distintos a los de la población en su conjunto. Su narrativa expresa que se trata de mecanismos de control e invasión de sus cuerpos, definición muy lejana del cuidado que se espera de las políticas de salud pública.

A partir de lo que se ha visibilizado y estudiado sobre la intersexualidad, podemos definir al sujeto biopolítico a través de afirmaciones, que planteamos como:

- *El cuerpo tiene que ser el territorio de normalización,*
- *por tanto, la diversidad es una patología.*
- *Se emplea el recurso del binarismo endosexual como forma de control*
- *porque las formas corporales sólo han de responder a la caracterización de la endosexualidad.*

Desde un punto de vista tradicional, y como se amplificó en la década de los 50 del siglo pasado, el punto de partida es que lo que no encaja con el modelo binario endosexual es un riesgo para la salud. La diversidad biológica natural se lee como una "anomalía" que debe ser corregida en todos los casos. Aplicando esta práctica a la

⁴ "Pero el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos."

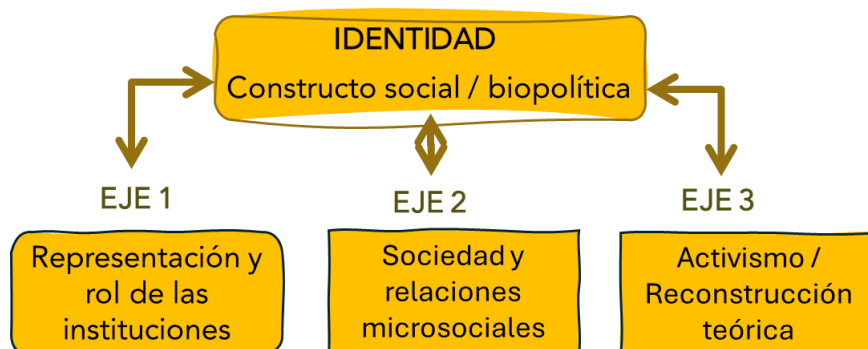
biopolítica, las personas intersex, como sujeto biopolítico, son sometidas a la intervención médica normalizadora (cirugías estéticas genitales no consentidas, terapias hormonales, etc.) desde la infancia. El objetivo es encajar el cuerpo a la fuerza en el binarismo varón/mujer para que sea socialmente "legible". Estas consideraciones anómalas van más allá, puesto que además implican una elección del género, independientemente de la identidad de la persona a la que se le asigna que, además, está definida por unos roles de hombre-mujer en los que se expresan los principios del modelo del patriarcado.

Considerando a las personas intersex como *sujetos biopolíticos*, el discurso aparece bajo la conclusión del "cuerpo con un trastorno" (de ahí el término médico tradicional Trastornos del Desarrollo Sexual o DSD). Esta etiqueta desplaza la identidad de la persona y la convierte en un "caso clínico" que debe ser gestionado, controlado y vigilado por comités médicos, expropiando a la persona de la autonomía sobre su cuerpo.

Siguiendo a Foucault, el poder y el control del poder, sugiere o deriva en resistencia. El activismo intersex ha transformado al "sujeto biopolítico pasivo" (en su rol de paciente con intervención en su cuerpo por parte de la cirugía) en sujeto de derecho y de resistencia. Al romper el pacto de silencio médico, exigir el fin de las mutilaciones genitales infantiles y reclamar la despatologización, las personas intersex demuestran que el cuerpo biopolítico puede rebelarse contra las normas que intentaron moldearlo. Las personas intersex, a quienes se intenta corregir, intervenir y clasificar para mantener un orden social, muestran a través del activismo la potencia de resistir a esa normalización para reclamar su soberanía corporal.

La riqueza de los hallazgos de esta investigación ha permitido ir más allá de los objetivos planteados para abordar nuevos ejes de análisis a partir del objetivo general: ***analizar el impacto de los factores de socialización, estigma y marcos institucionales en el bienestar emocional y la salud mental de las personas intersexuales en España en el contexto legislativo actual.*** Estos ejes son:

- **EJE 1.** La representación de las instituciones y su función en la construcción de un sujeto biopolítico.
- **EJE 2.** La respuesta social y los constructos sociales desde los que se aplica la perspectiva institucional y biomédica, incluyendo las relaciones microsociales.
- **EJE 3.** La función del activismo y de la interpretación o reinterpretación del activismo *LGTB+* a partir de la diversidad corporal.



De este modo, se define al **sujeto biopolítico (y lo que debe ser)** a través de tres premisas fundamentales:

1. El cuerpo tiene que ser el territorio de normalización.
2. La diversidad biológica natural es leída como una "anomalía" o patología que debe corregirse en todos los casos.
3. El binarismo de género surge como una forma de control y un mecanismo para sostener el modelo patriarcal.

EJE 1: Representación y rol de las instituciones

En el análisis del discurso, surgen como elementos clave: El sistema médico-sanitario, bajo una especie de paradigma ideológico que define cómo debe ser la corporalidad sana, el estamento biopolítico, como poder ejecutivo que lleva a cabo la protección de la norma, y el aparato legal-jurídico y los servicios públicos, como elementos subsidiarios al modelo planteado.

A partir de estas concepciones, se aceptan únicamente las características endosexuales, permaneciendo hasta la actualidad un concepto de la corporalidad casi en exclusiva bajo estas características. Las instituciones perpetúan esta idea, lo que provoca un malestar, que se acrecienta con la experiencia desde la infancia. La excepción surge cuando desde una institución pública se abre el debate sobre su existencia y sus derechos.

"No sabéis el orgullo que siento de estar en este Ministerio de Igualdad porque venimos de un vacío total. Venimos de un agujero negro de desinformación, de un hueco de ignorancia intolerable, y ver que el Gobierno de España nos abre las puertas es un sueño hecho realidad"

I Jornada sobre intersexualidad. Ministerio de Igualdad, octubre de 2022

El estamento médico e institucional es identificado transversalmente como el principal agente de patologización y vulneración física y psicológica. Las instituciones públicas no han operado históricamente como garantes de derechos, sino como un entorno

hostil que desplaza a las personas intersex hacia los márgenes del cuerpo social, privándolas de su condición de sujetos de pleno derecho y de su capacidad de decisión democrática. Es la interpretación del cuerpo desde la biomedicina la principal causa identificada como factor patologizante. Las experiencias se representan en:

- La mutilación correctiva neonatal, violencia clínica y su relación con el constructo coitocéntrico.
- Una “receta de silencio” desde la infancia a la que se acompaña la experiencia de la cosificación de sus cuerpos y la exposición clínica.
- Una cirugía “normalizadora” que se interpreta como una terapia de conversión.
- La inercia burocrática, como aspecto que no supera a la biomedicina responsable de la situación.

Mutilación correctiva neonatal, violencia clínica y el constructo coitocéntrico

Se trata de la primera y más violenta manifestación de hostilidad institucional, que los relatos identifican en el momento del paritorio y en las consultas ginecológicas y pediátricas. El miedo a la enfermedad genera unos protocolos clínicos que priorizan la estética genital binarista por encima de la funcionalidad biológica.

El armazón ideológico que sustenta esta praxis se apoya en el **coitocentrismo** y la **heteronormatividad obligatoria**. A menudo surge la palabra “funcionalidad”, es decir, un aparato sexual que proporcione el deseo normalizado de una relación coital, una respuesta a un modelo de pene y de vagina. ¿Se podría considerar entonces que se trata de principios ideológicos? Sobre estas preguntas se plantean dos aspectos que vienen a reflejar la influencia de este valor normalizador, más característicos del modelo social occidental, en el que se sostiene la biomedicina: el mito de la “costilla de Adán” y la funcionalidad coitocéntrica:

- **El mito de la “costilla de Adán”:** La corporalidad de las personas intersex (especialmente de las asignadas como mujeres) es intervenida, no para garantizar su bienestar o funciones vitales, sino para asegurar que cumplan con las expectativas anatómicas del deseo del hombre cisheterosexual, esculpiendo un canon de “mujer ideal”.

“Nunca jamás me preguntaron si yo era capaz de tener orgasmos o si yo necesitaba eso, si yo quería eso. Nunca jamás, en cambio, siempre me preguntaban ¿y entonces tienes relaciones exitosas? Y exitosa significa que sea penetrable.”

(P7 – Mujer intersex, 40 años, asignada al nacer como hombre)

“...depende de ese tamaño, se deduce que va a ir para un lado o para otro... juegan con la incertidumbre siempre. [...] sigo viendo de todo... incluso a veces meten testosterona a bebés para ver cómo reacciona y cómo crece el falo, y ahí sí crece más.”

- La **"funcionalidad" coitocéntrica**: La salud genital se reduce a la aptitud para sostener relaciones de penetración falocéntrica. Si un órgano sano no encaja en las medidas estándar de penetración el sistema prefiere destruirlo o modificarlo quirúrgicamente, asumiendo costes gravísimos de dolor y pérdida de sensibilidad neurológica o placer autónomo, además de una identidad de género impuesta.

"A mí al nacer me cortaron el pito... Estaba erecto, funcionaba, orinaba bien. Me lo cortaron solo para hacerme una raja y decir que era una niña porque un médico decidió aplicar un protocolo de los años 50. Me jodieron la vida entera por estética."

(P5 – Hombre intersex, 37 años, asignado al nacer como mujer)

"Desde los 11 años el ginecólogo me decía: 'Bueno, tenemos que operarte el pecho porque a los hombres les gustan los pechos, si no, no vas a encontrar pareja'. Te adoctrinaban en una feminidad obligatoria y de diseño clínico."

(P7 – Mujer intersex, 40 años, asignada al nacer como hombre)

"...venían las recomendaciones de una vaginoplastia correctiva, motivada exclusivamente por el hecho de que mi canal vaginal no cumplía las medidas impuestas para albergar un pene erecto estándar."

(P8 – Mujer intersex, 35 años)

"Yo cuando nací mis genitales externos no habían virilizado, que es el término médico que se utiliza, y parecían femeninos. Tenía hipospadias: un clítoris muy pequeño. Pensaron que era una niña, me llamaron Patricia, me educaron como una niña"

*Hombre intersex no intervenido quirúrgicamente
Jornadas de Intersexualidad organizadas por el Ministerio de Igualdad, 2022.*

La "Receta del silencio", cosificación y exposición clínica

Para ejercer derechos democráticos y civiles se requiere el acceso a la información de la propia realidad. Sin embargo, las instituciones públicas implementaron de manera sistemática la **receta del silencio**: el ocultamiento absoluto del diagnóstico bajo el argumento de proteger al paciente, lo que cronificó sentimientos de culpa, vergüenza,

aislamiento cognitivo y excepcionalidad negativa en la juventud. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre (Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) en su Artículo 18 dice que *"El paciente tiene derecho a acceder a toda la documentación de su historia clínica y a obtener copia de los datos recogidos en ella"*. Según algunos de estos testimonios, muchas de estas historias clínicas han desaparecido o aparecen incompletas.

La experiencia de las personas entrevistadas indica que el silencio iba más allá. El hospital, como centro de formación sanitario, se transformaba en un "gabinete de curiosidades", donde la persona perdía toda intimidad y dignidad para convertirse en un objeto de estudio o exposición asimétrica ante estudiantes y facultativos.

"A mí me dijeron a los 14 años: 'Tienes esto, pero como eres guapa y no se te nota nada por fuera, es mejor que no se lo cuentes a nadie, ni a tus amigas, ni a futuras parejas'. Nos recetaban el silencio como si fuera un medicamento más, obligándonos a cargar con una rareza absoluta en soledad."

(P8 – Mujer intersex, 35 años)

"Recuerdo perfectamente estar en el hospital, desnuda, con las piernas abiertas, y que entrara el catedrático con veinte estudiantes a señalarme como si fuera un bicho raro de feria. Nadie me pedía permiso, nadie me explicaba nada. Éramos trofeos clínicos para su curiosidad."

(P3 – Extrabinarie intersex, 66 años)

La cirugía normalizadora como terapia de conversión biopolítica

Las intervenciones quirúrgicas de normalización binarista no consentidas constituyen una modalidad de **terapia de conversión física y biopolítica**. A diferencia de las terapias conversivas de corte meramente psicológico, intervienen quirúrgicamente para erradicar la *disidencia corporal* y forzar al sujeto a alinearse con un desarrollo cisheteronormativo / endosexual, anulando preventivamente la capacidad para decidir sobre su propia anatomía en la adultez.

El impacto psicofísico derivado es profundo y desestructurante, provocando dolor crónico, pérdida de sensibilidad sexual, esterilidad no elegida y el desarrollo del **"síndrome de la impostora"**, donde la persona se percibe como un producto artificial de diseño clínico:

"Durante gran parte de mi vida me sentí una impostora, una mujer falsa. Pensaba que solo era mujer porque los médicos me habían puesto unos parches de hormonas y me habían hecho una vagina de cirugía. Sentía que engañaba a mis parejas y que, por ser 'defectuosa', merecía que me pasaran cosas malas."

(P7 – Mujer intersex, 40 años, asignada al nacer como hombre)

Análisis técnico-jurídico, inercia burocrática y reparación

Desde la práctica jurídica, la intersexualidad desafía la rigidez del ordenamiento legal español y visibiliza la distancia entre los avances legislativos formales y las inercias materiales en los hospitales. Las cirugías de asignación estética en criaturas neonatas vulneran de manera directa el **Artículo 15 de la Constitución Española** (derecho a la integridad física).

A pesar de los marcos legales recientes (como la Ley 4/2023), las estructuras del Estado ofrecen una resistencia pasiva a través de profesionales de la sanidad que continúan instrumentalizando la vulnerabilidad familiar en los paritorios para realizar intervenciones "bajo cuerda". Se tiene la sospecha de que cada equipo de cirugía pediátrica tiene criterios diferentes, incluso según cada hospital. Desde la perspectiva de las personas que han participado en este proyecto, esta Ley no resuelve la cuestión del pensamiento dominante, basado en la biopolítica, puesto que pone límites a la decisión sobre el género de las personas intersex. Se precisa, además, una propuesta de reparación estructurada en cuatro ejes: jurídico, administrativo/histórico, educativo/sanitario y político.

"...mi historia clínica... hicieron historia clínica falsa, en la que ponía que me habían hecho dos hernias... y yo cuando he ido buscando información... no tengo manera de recuperarlo"

(P7 – Mujer intersex, 40 años, asignada al nacer como hombre)

"Lo que ocurre en los hospitales con las cirugías de asignación estética en bebés intersex es espeluznante y terrible desde el punto de vista del Derecho Constitucional. Se está quebrando el Artículo 15 de la Constitución (derecho a la integridad física) de un menor indefenso, sustituyendo su voluntad futura por un prejuicio estético y binario de los padres o del médico."

(P1 – Profesor de Derecho Constitucional)

"La Ley 4/2023 es un avance porque prohíbe estas mutilaciones, pero el problema es que la inercia clínica es muy fuerte. En los paritorios, en momentos de crisis y vulnerabilidad de los padres, se les sigue condicionando para firmar autorizaciones. Hechos jurídicos nos demuestran que se sigue practicando bajo cuerda de la inercia médica."

(P1 – Profesor de Derecho Constitucional)

"No podemos seguir obligando a las personas a encajarse en una ficción jurídica binarista que violenta su realidad biológica e identitaria."

(P1 – Profesor de Derecho Constitucional)

“El informe de la Federación no puede quedarse en un documento bonito de quejas. Necesitamos que marque pautas de trabajo claras y obligatorias: qué tiene que hacer un profesor en el colegio, qué tiene que hacer un médico en consulta y cómo se traslada esto al desarrollo real de la ley. Una hoja de ruta ejecutable.”

(P6 – Hombre intersex, 57 años)

Posiciones biomédicas actuales

La función estética, el silencio y el ocultamiento han jugado en contra de las personas intersex y ha sido en gran medida su demanda lo que ha permitido una visión alternativa a la patologización de su corporalidad. Desde la perspectiva del sector médico, se encuentran también obstáculos que limitan la capacidad de hacer, de acuerdo a las condiciones óptimas de tratamiento.

En las **I Jornadas sobre Intersexualidad** (y debates sobre los derechos de las personas intersexuales) organizadas en el marco **del Ministerio de Igualdad en 2022**, se analizaron en profundidad los dos grandes paradigmas médicos sobre la atención a las variaciones en las características sexuales (VCS/DSD), sus retos y sus puntos de encuentro.

Modelo Clínico Tradicional (Enfoque Normalizador / Optimizador), basado históricamente en la teoría de la asignación precoz del sexo.

- Propuesta: Realizar intervenciones médicas, quirúrgicas y/o hormonales tempranas (durante la lactancia o primera infancia) para adaptar los genitales o las gónadas al modelo binario estándar varón/mujer.
- Objetivo expresado: Facilitar la crianza, prevenir el estigma social y evitar la ansiedad o confusión en la infancia y la familia.

«El objetivo principal del tratamiento de los trastornos del desarrollo sexual (DSD) es optimizar el desarrollo psicosocial y la función sexual futura, adaptando la apariencia anatómica genital a las expectativas socioculturales asociadas al sexo asignado mediante intervenciones tempranas.»

— *Consenso Internacional de Chicago sobre el Manejo de los Trastornos del Desarrollo Sexual (2006).*

Modelo con enfoque de aplazamiento: centrado en el consentimiento y basado en la integridad corporal, la autodeterminación y la autonomía del menor.

- Propuesta: Posponer cualquier procedimiento quirúrgico o hormonal no urgente (no vital) hasta que la propia persona tenga la capacidad, madurez e información necesarias para decidir sobre su cuerpo e identidad.
- Objetivo expresado: Garantizar la autonomía corporal y evitar mutilaciones quirúrgicas irreversibles no consentidas.

«Prohibir las intervenciones quirúrgicas o médicas no urgentes e irreversibles destinadas a modificar las características sexuales de los menores intersexuales hasta que estos tengan la edad y madurez suficientes para comprender el procedimiento y dar su consentimiento informado.»

— Resolución 2191 (2017) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

Puntos en común entre ambas posturas

Existen dificultades, analizadas desde diferentes instancias, que encuentran una serie de consensos, como se verá más adelante. Considerando los déficits del sistema de salud público español, las dificultades son:

- Limitación en la capacidad de hacer, debido a que aún persiste una escasa cultura de la multidisciplinariedad de los equipos en el ámbito sanitario.
- Poco tiempo disponible para incorporar hallazgos, técnicas y tratamientos, lo que dificulta la perspectiva de que *cada caso es único*.
- Poco tiempo para la formación como profesional y en equipo.
- Atribución de responsabilidad a un solo profesional, dejando en sus manos también la atención social y emocional. Por ejemplo, que la persona especialista en cirugía pediátrica tenga que responder a la pregunta “Y si fuera su hijo/a, ¿qué haría?”.

A pesar de la discrepancia sobre las cirugías tempranas no urgentes, el encuentro organizado por el Ministerio de Igualdad (2022) **evidenció consensos clave:**

*Prioridad de la
salud vital:*



Existe un acuerdo unánime en que cualquier afección que ponga en riesgo la vida o la salud física del/la lactante (como la pérdida de sal en casos graves de hiperplasia suprarrenal congénita o problemas urinarios obstructivos) debe ser tratada de forma inmediata e indiscutible.

*Necesidad de
equipos
multidisciplinares:*



Ambas posturas coinciden en que la atención no debe ser únicamente quirúrgica o endocrina, sino que debe integrar a profesionales de la psicología, genética, bioética y trabajo social.

*Acompañamiento
a las familias:*



Se reconoce que la familia necesita apoyo psicológico especializado, información transparente y contención desde el momento del nacimiento para reducir el pánico y tomar decisiones informadas.

*Desmitificación y
formación:*



Coinciden en la falta de formación de los profesionales sanitarios respecto a la intersexualidad y en la necesidad de eliminar el estigma social y el tabú que rodea a las variaciones corporales.

«...que no solo sea el cirujano, que haya un asistente social, un sexólogo, una persona, un psicólogo que pueda orientar a la familia...»

(P6 – Hombre intersex, 57 años)

«A excepción de aquellos casos raros en que existe una amenaza inmediata y directa para la vida o la salud física del recién nacido (como obstrucciones urinarias graves o desequilibrios metabólicos por pérdida de sal), la asignación de sexo y la alteración de la anatomía genital son cuestiones que pueden y deben posponerse.»

— Informe del Comité de Bioética de España sobre la atención sanitaria a personas con variaciones en la diferenciación sexual.

«El abordaje clínico de las variaciones intersexuales debe desplazarse de un enfoque estrictamente quirúrgico hacia un modelo integral multidisciplinar que incluya apoyo genético, endocrinológico, psicológico y social continuo para la persona y sus familiares.»

— Comisión Europea / Grupo de Expertos/as en Salud de la Infancia y Adolescencia.

EJE 2: sociedad y relaciones microsociales

La esfera social es otro gran escenario donde se gestiona la disidencia corporal. La dinámica primaria del tabú de la diferencia corporal se extiende al núcleo familiar de crianza, pasando por la discriminación explícita en la vía pública, en la socialización secundaria en la etapa educativa y, más adelante, en las plataformas digitales, incluso en el mercado laboral.

El entorno familiar se va a caracterizar por el silencio y la crianza desde una posición de cuidado médico. Este silencio definirá el papel de la familia en el entorno escolar, que pasará a caracterizarse como hostil y violento ante la diferencia, así como el entorno cercano, que según se expresa se manifiesta con más intensidad en áreas rurales o de escasa población.

El Núcleo Familiar: De la complicidad del tabú al refugio afectivo

El entorno familiar presenta una evolución histórica dividida:

1. **Complicidad por desinformación y autoridad paternalista:** En las etapas tempranas, las familias acataron de manera unánime el mandato médico, asimilando el diagnóstico como una tragedia secreta y colaborando en el tabú.
2. **Liberación tras la ruptura patriarcal:** El fallecimiento o distanciamiento de figuras de autoridad rígidas funcionó como el detonante indispensable para que los sujetos buscasen sus historiales clínicos e iniciasen su transición identitaria.
3. **El núcleo íntimo como espacio de restauración:** En la adultez, las redes afectivas elegidas (madre, pareja) operan como un refugio protector que contiene el impacto de la violencia social exterior.

“Mis padres entraron en el mismo triaje de secretismo que los médicos. Cumplieron a rajatabla lo de no hablar del tema. Te crías en un entorno donde intuyes que pasa algo grave con tu cuerpo, pero del que está estrictamente prohibido preguntar.”

(P7 – Mujer intersex, 40 años, asignada al nacer como hombre)

“...mis padres no me lo han dicho nunca. [...] es un poco lo que también los médicos inculcaban en las consultas. Que esto no hay que decirlo, no se lo digan a nadie”

(P6 – Hombre intersex, 57 años)

“Mi padre era un hombre de derechas, estricto... Aún tengo grabado con rabia cómo me llamaba 'chicazo' cuando se enfadaba. Su muerte en 2018 fue lo que me abrió la puerta para empezar a buscar mis informes médicos de La Paz y quitarme la careta.”

(P5 – Hombre intersex, 37 años, asignado al nacer como mujer)

“Mi madre ha sido una santa, siempre peleó por mí y me educó para ser feliz por encima de lo que dijeran los médicos. Y mi pareja, con la que llevo desde los 15 años, me ha tratado siempre como a un ser humano. Cuando nos enteramos de la esterilidad, me abrazó y me planteó alternativas de futuro.”

(P2 – Mujer intersex, 29 años)

Bullying escolar, ostracismo rural y la nueva frontera digital

El retraso en el desarrollo normativo y las discordancias fisionómicas (vello facial, peso, corporalidades no normativas) convirtieron la infancia y la adolescencia en etapas marcadas por el acoso sistemático, incluso violencia física directa, especialmente crítica en entornos rurales reducidos.

En la actualidad, el salto al espacio público o la participación en medios de comunicación desata campañas de **interfobia digital** en redes sociales, las cuales impactan en la seguridad cotidiana y reactivan los traumas del pasado:

“A raíz de salir en un podcast contando mi realidad, he empezado a recibir acoso, insultos y una interfobia brutal en redes. Ahora mismo tengo miedo físico real de salir a la calle en mi propia ciudad (León). Siento que las heridas del pasado se han vuelto a abrir por completo.”

(P2 – Mujer intersex, 29 años)

“En mi pueblo me han dado palizas sistemáticas. He tenido que llevar una careta, fingir que era una lesbiana llamada Xxxx solo para que no me mataran a golpes. Me han llegado a usar la cabeza como cenicero en un bar.”

(P5 – Hombre intersex, 37 años, asignado al nacer como mujer)

“Mi adolescencia fue un horror absoluto. El bullying en el instituto era diario; me han apedreado por la calle, me han hecho de todo por no encajar en lo que esperaban de un cuerpo normativo.”

(P4 – Hombre intersex, 54 años)

Discriminación laboral y la penalización de la "imagen corporativa"

Las consecuencias del estigma trascienden al plano económico. La falta de encaje en los cánones estéticos binaristas provoca procesos de selección desfavorables, despidos o marginación dentro del mercado de trabajo corporativo, abocando a situaciones de vulnerabilidad o al autoempleo:

"A mí me han echado de trabajos o no me han contratado directamente por mi físico, por tener calvas de alopecia o por la sombra de la barba. Me decían abiertamente que no encajaba en la 'imagen corporativa' de la empresa."

(P2 – Mujer intersex, 29 años)

EJE 3: Activismo y reconstrucción teórica

Frente a la vulnerabilidad, la mutilación y la exclusión institucional, las personas entrevistadas no adoptan una postura de victimización pasiva. El activismo es un refugio y una alternativa de afirmación de su identidad. Este eje recoge las estrategias de afrontamiento político, epistemológico y existencial para resignificar las biografías y tomar el control total de su vida. Existen una serie de procesos específicos que caracterizan a las personas intersex:

- Una deconstrucción de la teoría dominante basada en una visión de la biomedicina que interpela al discurso del activismo intersex y a la negación a la intervención quirúrgica. Ninguno de los discursos ofrece resistencias a intervenciones quirúrgicas o reparatorias cuando así se necesite. La crítica viene por la idea sistemática de *reconstruir* aquellos cuerpos ajenos a lo que aparece de manera recurrente como "funcionalidad".
- Asumen la identidad de personas intersex, acuñando el pseudónimo de "seres mitológicos" en alusión a las imágenes griegas de seres mitológicos con características intersexuales.

Un significado que se puede reunir en el término **"soberanía existencial y autogestión de su cuerpo"**, con una especial relevancia, puesto que la capacidad de decisión no existió o estuvo siempre supeditada a la decisión de terceras personas. Este significado reinterpreta y reivindica un nuevo rol de instituciones públicas, devolviendo a las personas intersex la función específica de *ciudadanía política*, con demandas muy específicas, respecto a las instituciones burocráticas y el papel de los servicios públicos.

Deconstrucción teórica, antropología y redes de apoyo mutuo

El acceso a la educación superior, las teorías de género y el marco feminista operan como herramientas decisivas de despatologización. Permiten transitar de la vivencia del dolor como una "enfermedad individual" hacia su comprensión como un "hecho político" producido por la biopolítica. Es decir, todos estos marcos teóricos han permitido interpretar o descubrir su propia realidad.

El activismo no es solamente un espacio de reivindicación, también tiene una función terapéutica. Paralelamente, la vinculación con redes de pares y colectivos asociativos (Asociación Kaleidos, Colectivo Grapsia) actúa como un espacio de sanación comunitaria donde se destruye definitivamente la "receta del silencio":

"El gran cambio ocurre cuando dejas de ver tu cuerpo como una patología rara de nacimiento y dejas de sentirte una 'mujer falsa' e impostora. La antropología me dio las herramientas científicas para entender que mi cuerpo es una variación legítima de la naturaleza y que el dolor que pasé fue político."

(P7- Mujer intersex, 40 años)

"Las intersexualidades son y deberían ser una responsabilidad social. Necesitamos identificar la raíz de nuestra discriminación a través de la teoría feminista para actuar conjuntamente como colectivo."

(P8 – Mujer intersex, 35 años)

Resignificación política de los "seres mitológicos"

El sentimiento de ser percibidos como "seres mitológicos", "bichos raros" o "excepciones de la naturaleza" es el síntoma psicofísico del aislamiento al que el binarismo endosexual somete a la disidencia corporal. Sin embargo, el activismo opera una reversión semántica del estigma: lo que nació como trauma de "rareza" se transmuta en orgullo político. La literatura y la producción teórica sirven para devolverle la mirada al sistema despatologizando la diversidad biológica.

"Tenemos que ser conscientes de cuál es la raíz de nuestras discriminaciones y en ese sentido actuar colectivamente."

(P8 – Mujer intersex, 35 años)

"...a ver si esto ayuda a que la gente... vea una vida... y pueda entender que esto no se le puede hacer a cualquier persona... y que no pasa nada por ser intersexual, que tener el pito más corto, más largo, no es algo que defina a una persona, que no, que paren de una puta vez de tocarnos los huevos..."

(P5 – Hombre intersex, 37 años, asignado al nacer como mujer)

Insurgencia burocrática, posicionamiento político de fuerza y posicionamiento en el activismo LGTBI+

El activismo surge como un abandono de la negociación sumisa o el mero carácter de "letra decorativa" dentro de las agendas gubernamentales. Se exige la soberanía ciudadana y el cumplimiento estricto de los derechos humanos desde una postura de confrontación e insurgencia pública. Este posicionamiento se extiende al activismo, reclamando un espacio propio y un protagonismo que sólo desde las personas intersex se puede implementar:

"Estamos hartas de que los políticos se apunten tantos o que el colectivo nos use como una letra decorativa. Tengo discapacidad, soy intersex y tenemos voz propia. Esto no es una negociación con el Gobierno. O nos dan nuestros derechos humanos o los vamos a coger como lo hemos hecho toda la puñetera vida."

(P2 – Mujer intersex, 29 años)

"Si hace falta voy al Tribunal Europeo o me meto en la televisión masiva con la Ana Rosa Quintana para hacer llorar a las viejecitas, me da igual. Voy a ser un grano en el culo del sistema hasta que dejen de mutilar bebés y cambien mis informes clínicos."

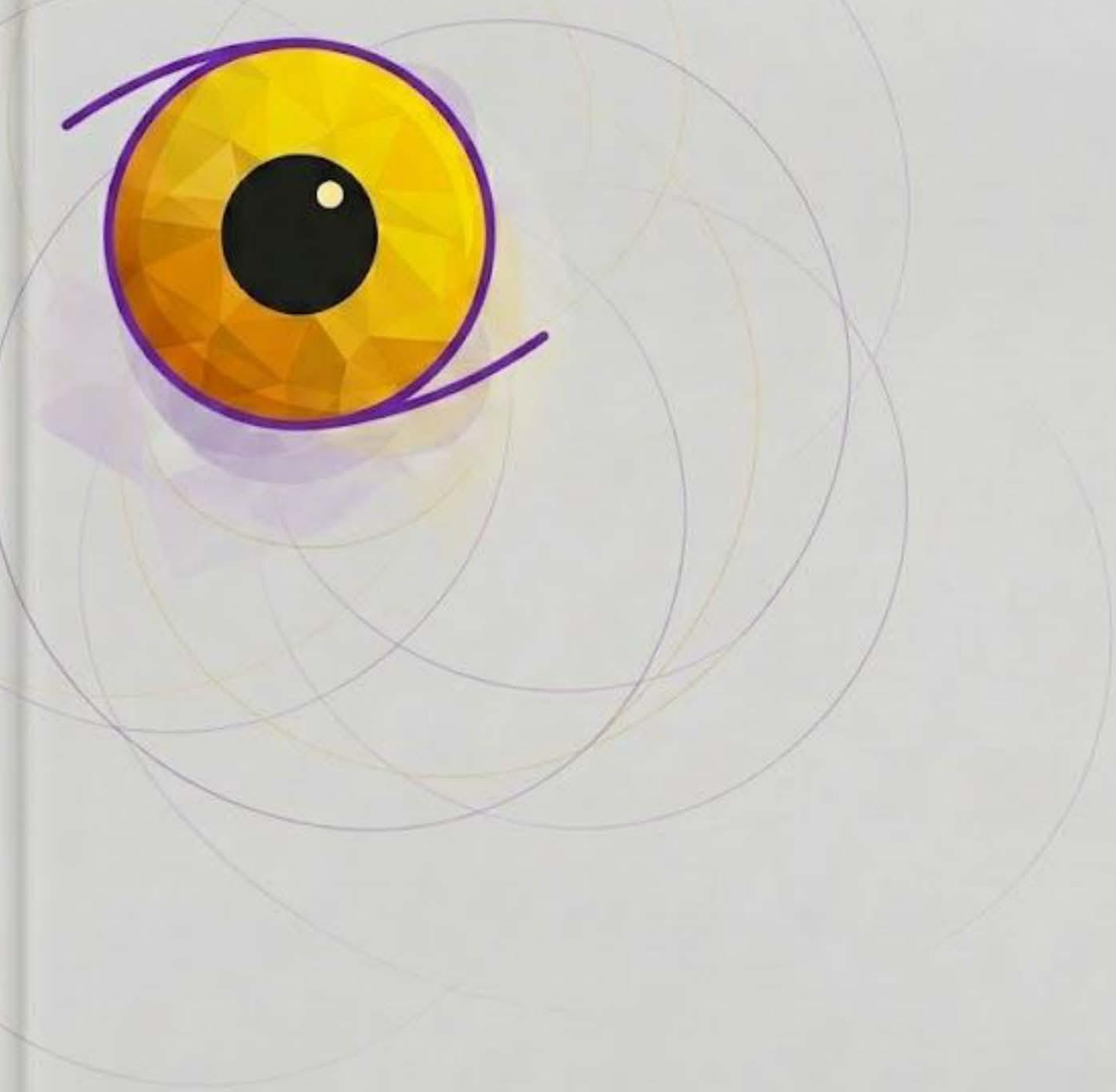
(P5 – Hombre intersex, 37 años, asignado al nacer como mujer)

Soberanía existencial y autogestión en la trayectoria vital

En los perfiles con mayor recorrido vital, la resiliencia trasciende la trinchera política directa y se asienta en la paz filosófica, la autogestión de la salud y la reafirmación inquebrantable de la propia identidad ("Yo soy"):

"A mis 66 años, después de todo el calvario de cirugías, he llegado a un punto donde me importa un huevo lo que la sociedad o la medicina opinen de mi cuerpo. ... Mi nombre, [Xxx], significa 'Yo soy'. Esa es mi única e inquebrantable verdad."

(P3 – Extrabinarie intersex, 66 años)



Conclusiones

Conclusiones

El binarismo endosexual no es característico de la especie humana.

La primera conclusión es que, a partir de la experiencia de las personas intersexuales, se debe hablar de dos sujetos políticos diferenciados, que han de acuñarse por las características corporales:

- Personas endosexuales, o aquellas que se ajustan a unos estándares biológicos clásicos (o tradicionales).
- Personas intersexuales, quienes nacen con características biológicas que escapan de los estándares clásicos.

Las personas intersexuales se definen no sólo por sus características sexuales o corporales, también su identidad de género o su orientación sexual puede ser diversa, contando con múltiples interseccionalidades.

El estudio demuestra que las vivencias, la salud mental y el bienestar emocional de las personas intersexuales en España están profundamente atravesados por una **construcción biopolítica y médica centrada en la cultura endosexual y binarista**. Históricamente, el sistema sanitario y las instituciones no han actuado como garantes de derechos, sino como agentes normalizadores que han gestionado la diversidad corporal mediante mutilaciones o cirugías tempranas no consentidas, el ocultamiento y la invisibilización. Aunque la promulgación de la **Ley 4/2023** y el incremento de la visibilidad del activismo marcan un hito hacia la despatologización y la reparación histórica, persiste una fuerte inercia burocrática y clínica que requiere transitar de un modelo médico quirúrgico a un enfoque integral multidisciplinar centrado en los derechos humanos y la autonomía corporal.

Conclusiones Específicas

OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Mitos, discursos y tabúes sociales sobre la intersexualidad

- **Prevalencia del binarismo endosexual:** Persiste un paradigma cultural que considera las características endosexuales como el único estándar biológico válido, reduciendo la diversidad intersex (estimada en un 1,7% de la población) a una "anomalía" o patología que debe ser corregida.
- **Uso desproporcionado del discurso del riesgo médico:** A menudo se instrumentaliza la palabra "cáncer" u otros riesgos sin el debido contexto ni matización individualizada, presionando a las familias a aceptar procedimientos irreversibles inmediatos por encima del consentimiento informado y pospuesto.
- **Prácticas de salud orientadas prácticamente en exclusiva a especialidades de endocrinología y cirugía pediátrica:** las formas más tradicionales de concebir la

intersexualidad y las teorías más contemporáneas coinciden en la creación de equipos multidisciplinarios en los que, desde diferentes disciplinas, se aborde la situación de la llegada de un bebé intersex, apoyando a las familias y al entorno próximo en un proceso de socialización con garantías.

- **Mito del "futuro indoloro" y de la "corrección estética":** Existe la falsa premisa de que amoldar el cuerpo de una criatura recién nacida o menor a la norma binaria evita el sufrimiento futuro. La evidencia demuestra que son las propias cirugías "normalizadoras" las que provocan trauma, dependencia médica y dolor.
- **Constructo coitocéntrico y heteronormativo:** Se concluye que las cirugías de asignación estética (como vaginoplastias o reducciones de clítoris/falo) han respondido a expectativas sociales patriarcalizadas de "funcionalidad" (capacidad de penetración o estética para el deseo ajeno) y no a necesidades de salud vital.
- **Déficit de conocimiento, incluso en el colectivo LGTBI+:** Solo el 45% de la población LGTBI+ declara saber y poder explicar qué significa la sigla "I". Además, más del 85% concuerda en que es imperativo aumentar el conocimiento social y la formación sobre esta realidad para evitar que la inclusión quede en un plano meramente simbólico.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Papel del entorno más próximo: Familia y ámbito educativo

- **El entorno familiar entre el silencio y el refugio:** Históricamente, las familias actuaron como cómplices del secreto debido a la desinformación y al acatamiento estricto del mandato médico paternalista. Sin embargo, en la etapa adulta, la ruptura con dinámicas autoritarias y el apoyo de redes afectivas elegidas operan como espacios clave para la sanación.
- **Hostilidad e invisibilidad en el ámbito educativo:** La infancia y adolescencia de las personas intersex están marcadas por una profunda invisibilidad curricular, la ausencia de protocolos específicos y situaciones graves de violencia o acoso escolar (*bullying*) por no encajar en la corporalidad normativa.
- **Vulnerabilidad amplificada en entornos de baja población y digitales:** El aislamiento o la falta de anonimato en zonas de baja población incrementa el riesgo de violencia directa. Asimismo, la exposición o visibilización pública actual desata dinámicas de interfobia digital en redes sociales que reactivan traumas infantiles.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Secuelas psicológicas y emocionales del secreto y las intervenciones tempranas

- **Daños físicos irreparables:** Las cirugías e intervenciones tempranas no urgentes provocan secuelas físicas crónicas como pérdida de sensibilidad sexual,

estenosis, incontinencia, dolor persistente, necesidad de múltiples reintervenciones y esterilidad no elegida.

- **Impacto psicológico acumulado:** El secreto médico/familiar ("receta del silencio"), la falta de acceso o manipulación de las historias clínicas y la exposición de sus cuerpos desnudados ante colectivos médicos ("gabinete de curiosidades") causan depresión, ansiedad, vergüenza aprendida, culpa y un profundo trauma institucional.
- **El "síndrome de la impostora" y la pérdida de autonomía:** Las intervenciones tempranas se entienden como una forma de "terapia de conversión biopolítica" que genera la sensación en la persona de ser un "producto clínico artificial", dañando gravemente la autopercepción y la confianza afectivo-sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4. Impacto del activismo, la Ley 4/2023 y procesos de reparación

- **Paso de sujeto biopolítico pasivo a sujeto de derechos:** El activismo organizado (como la creación de colectivos como Caminar, Kaleidos o Grapsia) ha sido el motor fundamental para romper el pacto de silencio, despatologizar la diversidad corporal y reclamar soberanía sobre el propio cuerpo.
- **Empoderamiento teórico y resignificación:** La articulación del activismo con la teoría feminista, la antropología y el conocimiento de pares ha permitido transformar el estigma (la vivencia de sentirse "seres mitológicos" o "bichos raros") en orgullo político, resiliencia y acción a través de la literatura.
- **Avances y vacíos de la Ley 4/2023:** La aprobación de la Ley 4/2023 representa un avance histórico al prohibir explícitamente las mutilaciones genitales e intervenciones no urgentes. No obstante, se evidencia que la inercia médica y la falta de formación hospitalaria aún permiten que se realicen procedimientos "bajo cuerda", condicionados por el choque entre el modelo clínico tradicional y el modelo basado en el consentimiento pospuesto.
- **Necesidad de una hoja de ruta de reparación integral:** Las conclusiones apuntan a la urgencia de establecer protocolos ejecutables y vinculantes en los ámbitos sanitario, educativo, legal y administrativo (acceso a historias clínicas, reconocimiento legal en el Registro Civil o fin del binarismo administrativo) para garantizar una verdadera salud mental y reparación histórica.

Recomendaciones

Cada persona intersex es única y debe tratarse como tal. En la actualidad, esta frase es un consenso generalizado desde todas las prácticas, disciplinas y perspectivas.

A partir de los hallazgos del informe y las conclusiones extraídas, las recomendaciones deben estructurarse como una **hoja de ruta integral y ejecutable** que traduzca las demandas en acciones concretas. Se organizan en cuatro ámbitos prioritarios:

Ámbito sanitario y biomédico

- **Moratoria efectiva de intervenciones no urgentes:** Garantizar la aplicación estricta de la Ley 4/2023 y las resoluciones internacionales, prohibiendo explícitamente cualquier cirugía de asignación estética o modificación genital no consentida en lactantes y menores hasta que tengan la madurez para decidir.
- **Creación de equipos multidisciplinares de acompañamiento:** Desplazar la responsabilidad única de la cirugía o endocrinología creando unidades hospitalarias que integren psicología especializada, trabajo social, genética y bioética.
- **Transparencia e historial clínico:** Asegurar el acceso completo y sin restricciones a la historia clínica de las personas intersex, persiguiendo las malas prácticas de ocultamiento o manipulación de diagnósticos pasados.
- **Formación continua a profesionales:** Implementar planes de formación obligatorios en diversidad corporal, despatologización y derechos humanos para personal de pediatría, ginecología, cirugía y enfermería.
- **Creación de repositorio de experiencias:** proporcionar a profesionales que trabajen en el ámbito de las personas intersex un repositorio que permita ser guía de abordaje.

Ámbito legislativo y administrativo

- **Erradicación de las inercias clínicas:** Establecer mecanismos de inspección y auditoría sanitaria para supervisar los partos y servicios pediátricos, evitando que se realicen cirugías de "normalización" bajo el amparo de la inercia médica.
- **Flexibilización en el Registro Civil:** Estudiar y adaptar el sistema administrativo para incorporar opciones no binaristas, evitando la violencia burocrática del binarismo forzado.
- **Planes de reparación histórica:** Desarrollar mecanismos de reconocimiento público, indemnización y rehabilitación psicosocial para las personas adultas que sufrieron mutilaciones genitales infantiles o violencia médica no consentida.

- **Producción estadística pública:** Cumplir con el mandato de la Ley 4/2023 para realizar estudios sobre la prevalencia y la atención sociosanitaria de las personas intersex en España, desagregando los datos epidemiológicos.

Ámbito educativo y social

- **Protocolos escolares específicos:** Diseñar guías de actuación en centros educativos para prevenir y erradicar el *bullying* interfóbico, protegiendo a la infancia con corporalidades no normativas.
- **Inclusión en el currículo educativo:** Integrar la diversidad biológica, manifestada por la endosexualidad y la intersexualidad de forma transversal en las asignaturas de ciencias y biología, así como educación afectivo-sexual, de género, familiar y corporal para desmontar el mito del binarismo como única realidad biológica.
- **Sensibilización pública y campañas de desmitificación:** Lanzar campañas de concienciación dirigidas a la sociedad general para eliminar tabúes, visibilizar la intersexualidad de forma no estigmatizante y explicar el impacto real del binarismo endosexual.
- **Protocolos contra la discriminación laboral:** Desarrollar directrices en inspección de trabajo y diversidad corporativa que sancionen la discriminación basada en la "imagen corporal" o la intersexualidad. Acompañar en procesos de negociación colectiva para la incorporación de situaciones de discriminación hacia personas intersexuales.

Ámbito del colectivo LGBTI+ y activismo

- **Inclusión real y con contenido político propio:** Evitar el uso de la letra "I" como un elemento puramente decorativo dentro de la sigla LGBTI+, garantizando que las demandas sobre integridad corporal y despatologización ocupen un espacio central y específico.
- **Formación interna en el colectivo:** Desarrollar jornadas e itinerarios formativos dentro de las propias entidades LGBTI+ para elevar el nivel de conocimiento sobre las especificidades de las personas intersexuales.
- **Financiación y apoyo a redes de pares:** Dotar de recursos económicos e institucionales a las asociaciones intersex (como Kaleidos o Grapsia) para sostener sus servicios de apoyo mutuo, asesoramiento legal y sanación comunitaria.

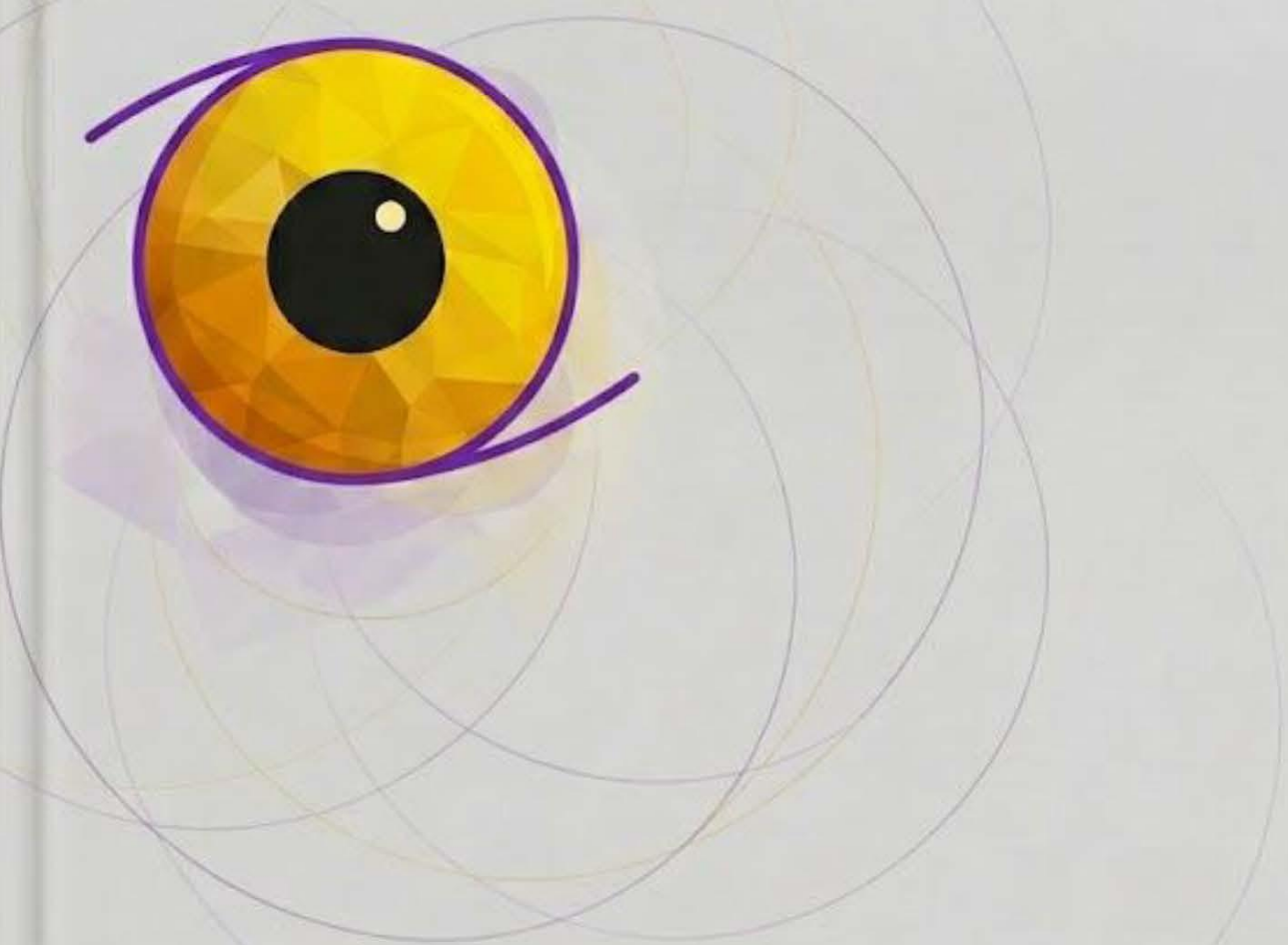


Bibliografía

Bibliografía

- ACNUDH. (s. f.). Personas intersexuales. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people>
- Battaglini, V. L. (2019). Intersexualidad: Un análisis crítico de las representaciones socioculturales hegemónicas de los cuerpos y las identidades. *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 7(1), 41-54. <https://doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.275>
- Brújula Intersexual, & StopIGM.org. (2017). Mutilación Genital Intersex. Violaciones de los derechos humanos de los niños con variaciones de la anatomía sexual (Informe de ONG para el Comité de los Derechos del Niño de la ONU). <https://stopigm.org/>
- Consejo de Europa. (2025). Recommendation CM/Rec(2025)7 of the Committee of Ministers to member States on equal rights for intersex persons. <https://www.coe.int/en/web/sogi/intersexrecommendation>
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.; 1ª ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1975).
- Gregori Flor, N. (2015). *Encuentros y des-encuentros en torno a las intersexualidades/DSD: Narrativas, procesos y emergencias* [Tesis doctoral, Universitat de València].
- Gregori Flor, N. (2016). *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual/con DSD en la ciudad de Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.
- Gregori Flor, N. (2024). *Intersexualidades: Emergencias y debates en torno a personas con características sexuales diversas*.
- InterAction for Health and Human Rights. (2020). *Differences between intersex and transgender people*. <https://interaction.org.au/resource/differences-intersex-trans/>
- Intersex Awareness Day. (s. f.). Intersex Awareness Day. <https://intersexday.org/en/intersex-awareness-day/>

- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Hughes, I. A., & International Consensus Conference on Intersex. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, 118(2), e488-e500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Boletín Oficial del Estado, núm. 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>
- Ministerio de Igualdad. I Jornada sobre intersexualidad del Ministerio de Igualdad. 26 de octubre de 2022. https://www.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/JORNADAS_INTERSEX_accesible.pdf
- Naciones Unidas. (2024). Combating discrimination, violence and harmful practices against intersex persons: Resolution adopted by the Human Rights Council on 4 April 2024 (A/HRC/RES/55/14). <https://docs.un.org/en/A/HRC/RES/55/14>
- OII Europe. (2020). Protegiendo a las personas intersex en Europa: Kit de herramientas para legisladores y responsables políticos. OII Europe.
- Protocolo de atención integral a personas intersexuales (con un desarrollo sexual diferente —DSD—). (2023). Consejo de LGTBI de las Illes Balears.
- Reporte perspectivas de las personas LGTBI+ sobre la realidad de las personas intersexuales. (s. f.). Documento de trabajo no publicado.
- Vázquez García, F. (2019). Cuerpos ambiguos. Elementos para una genealogía de la intersexualidad. *Ayer*, 114(2), 359-374.



Estado LGTBI+



www.felgtbi.org



FELGTBI+

Federación Estatal de Lesbianas, Gais,
Trans, Bisexuales, Intersexuales y más



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL