

Las atletas intersexuales y la equidad de género: ¿son sexistas las normas del COI?

Carlos D'Ángelo¹, Claudio Tamburrini²

¹ Miembro del Consejo Científico Asesor del SEDRONAR. Argentina.

² Investigador asociado del Centro de Ética de la Atención a la Salud, Universidad de Estocolmo, Suecia.

Recibido: 24.11.2012
Aceptado: 20.03.2013

Resumen

Causó mucha sorpresa el caso de la atleta sudafricana Caster Semenya, quien – debido a sospechas acerca de su pertenencia sexual - fue suspendida por la IAAF para competir durante buena parte del año 2010, a espera de los exámenes médicos que habrían de decidir si se la consideraría o no como mujer en las competencias. Durante 2011, el COI y la IAAF determinaron que las atletas con hiperandrogenismo (niveles demasiado altos de hormonas masculinas) deberán reducir dichos niveles mediante el uso de estrógenos para hacer así más equitativas las competencias.

En esta presentación cuestionamos esa reglamentación por considerarla sexista y contraria al espíritu del deporte. El entrenamiento para optimizar las aptitudes físicas y psíquicas, la alimentación etc., no difiere mucho entre los atletas de élite. En cambio, el factor que define la contienda es lo que se ha denominado lotería genética. Esa excelencia física es aceptada en el deporte de élite y genera la admiración y el reconocimiento social y económico de que goza el vencedor de una contienda deportiva. Esto es así siempre y cuando no se trate de una mujer. Porque en ese caso, la atleta que se destaque como genéticamente superior (mayor nivel de andrógenos) será compelida a reducir sus niveles hormonales *naturales* mediante la administración de hormonas (“¿doping al revés?”).

Los dirigentes deportivos actúan como policías sexuales al pretender eliminar un factor natural en las atletas intersexuales, en vez de permitirles ser premiadas y admiradas por sus ventajas naturales, de la misma forma que lo son sus colegas masculinos.

Palabras clave:
Hiperandrogenismo.
Intersexualidad.
Equidad. Genética.

Intersex female athletes and gender equity: are the IOC'S new regulations sexist?

Summary

In 2010, the South-African athlete Caster Semenya was suspended from all competitions by the International Association of Athletic Federations (IAFF) due to the suspicion that she was not a woman. After a medical investigation, the International Olympic Committee and IAFF decided in 2011 to allow her to compete again. As a consequence of the Semenya case, both organizations issued later that year new regulations establishing that women athletes with hyperandrogenism (that is, too high levels of masculine hormones) won't be allowed to compete.

In this article we question those regulations as we consider them sexist and contrary to the spirit of sports. Elite athletes do not differ much regarding physical training to optimize their physical and psychic abilities, their dedication to their sport discipline, etc. Rather, what decides a sport competition is what has been called “the genetic lottery”. This physical excellence is widely accepted in elite sports and is at the basis of both the admiration and the social as well as economic recognition enjoyed by the winner of a sport contest. That is to say, provided the winner is not a woman! Because in that case the female athlete who turns out to be genetically superior (because she *naturally* has higher level of testosterone) will be, although indirectly, compelled to reduce her androgen level by means of medical treatment (which we characterize in our article as “reverse doping”).

Sport officials act in that regard as sex police when they try to eliminate a natural factor in intersex female athletes’ genetic constitution, instead of allowing them to be rewarded and admired on grounds of their natural superiority, in the same way as their (also genetically superior!) male colleagues are.

Key words:
Hyperandrogenism.
Intersexuality.
Equity. Genetics.

Correspondencia: Carlos D'Ángelo
E-mail: cdangelo@fibertel.com.ar

El debate instalado en las sociedades occidentales relacionado con la identidad de género da lugar a numerosas controversias en el mundo del deporte. Los casos de intersexualidad -es decir, que una misma persona tenga características de ambos sexos- con especial referencia a los niveles hormonales y específicamente en mujeres, ha originado, a partir del caso de la atleta Sudafricana Caster Semenya, la adopción de normas muy discutibles por parte de la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional (COI). En el mes de abril de 2011, en la reunión de esa Comisión en Daegu (Corea del Sur), la Asociación Internacional de Federaciones Atléticas (IAAF) incorporó, a partir de mayo del 2011 y con validez para las Olimpiadas de Londres 2012, la siguiente regla para la participación de mujeres con hiperandrogenismo: "Una mujer con hiperandrogenismo que es reconocida legalmente como mujer será elegible para competencias atléticas femeninas siempre que tenga los niveles de andrógenos por debajo del rango masculino (medido en función de niveles de testosterona en suero) o si, en caso de tener los niveles de andrógenos dentro de los parámetros masculinos, tiene una resistencia a los mismos que significa que no hay ninguna ventaja competitiva."

En este trabajo discutiremos críticamente esta nueva normativa.

Aspectos médicos

Sin intención de centrar el debate en los aspectos médicos del tema, creemos que es necesario un repaso de los aspectos fisiopatológicos del mismo. Definimos al hiperandrogenismo¹ como el aumento de la actividad androgénica con niveles elevados de andrógenos en relación a los niveles medios de su sexo. En este trabajo nos ocuparemos sólo del sexo femenino. Los andrógenos en la mujer son producidos en la zona reticular de la glándula suprarrenal, el ovario y por conversión periférica. El ovario produce la casi totalidad de la testosterona y el 50% de la androstenediona, la glándula suprarrenal produce el otro 50% de androstenediona y la casi totalidad de la DHEA.

En la Tabla 1 hacemos un repaso de las principales causas del aumento de los niveles de andrógenos en una mujer en su etapa pre- o pospuberal. Dada las características del trabajo hemos omitido los producidos en el período prenatal.

Tabla 1.

A.	Aumento de la producción endógena de andrógenos (ovario, suprarrenal, tejidos periféricos).
B.	Aumento de biodisponibilidad (reducción SHBG).
C.	Bloqueo de su transformación en estrógenos (aromatasa).
D.	Aumento de la sensibilidad periférica a los andrógenos.
E.	Administración exógena.

Como vemos, el hiperandrogenismo femenino puede estar vinculado a múltiples factores de los que haremos una breve descripción. El aumento de producción puede encontrarse en:

- A) Ovario poliquístico o síndrome de anovulación crónica (PCO)². De presentación generalmente pospuberal, se caracteriza por presentar 1) Hiperandrogenismo: hirsutismo y/o hiperandrogenemia 2) Disfunción ovárica: oligo- anovulación 3) ovarios poliquísticos por ecografía. Considerando siempre la exclusión de otros desórdenes de andrógenos o enfermedades relacionadas, tales como hiperplasia suprarrenal congénita, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea (AES), se acompaña de aumento de resistencia a la insulina y generalmente diabetes tipo 2. Afecta entre 5 al 10% de mujeres y se discute su etiología genética.
- B) En la glándula suprarrenal se desarrolla la hiperplasia adrenal congénita³⁻⁵ vinculada a un déficit de origen genético de una enzima, la 21hidroxilasa. Este cuadro se caracteriza por déficit en la secreción de cortisol y aldosterona con hipersecreción de andrógenos. Esta entidad tiene dos formas fundamentales: Clásica, que se manifiesta durante la infancia, en sus dos variantes con y sin pérdida de sal. En esta última denominada simple, si bien presentan virilización no tienen pérdida de sal. La no clásica, que se evidencia en la edad adulta, con poca alteración del cortisol y aldosterona y aumento de la secreción de andrógenos.
- C) El aumento de la biodisponibilidad, por disminución de una globulina plasmática fijadora de hormonas sexuales, la SHBG^{6,7}, déficit probablemente de origen genético. El 95% de los andrógenos circulan en sangre fijados a dicha globulina e inactivados. Solo el 5% circula libre fundamentalmente como dihidrotestosterona y entra en la célula para activar al receptor. La SHBG es producida en el hígado, cerebro, útero, testículo etc. Con niveles normales de andrógenos, un descenso de esta globulina puede cursar como un hiperandrogenismo.
- D) Déficit de aromatasa⁸⁻¹⁰, enzima fundamental en la biosíntesis de estrógenos al aromatizar los andrógenos en tejidos periféricos produciendo estrógenos. Se encuentra en varios tejidos, testículo, músculo, tejido graso, piel etc. Su déficit está vinculado a un trastorno genético.

Como vimos en este repaso de las diversas patologías que pueden cursar con niveles elevados de andrógenos son también muy variados los cuadros clínicos y manifestaciones orgánicas que pueden producir. Es por eso que sólo haremos referencias a las manifestaciones clínicas y orgánicas producidas por el hiperandrogenismo común a todas ellas aun con diferente intensidad. El aumento de los andrógenos en la mujer pre- o pospública produce alteraciones en casi todos los aparatos y sistemas del organismo. Trataremos de agruparlos por aparatos por razones fundamentalmente didácticas.

Órganos sexuales: amenorrea, oligomenorrea, esterilidad, pérdida de la libido, implementación masculina del vello púbico, aumento del tamaño del clitoris.

En piel: seborrea, hirsutismo, implantación masculina del cabello.

Sistema osteomuscular: aumento de masa muscular, acción anabólica de los andrógenos, con incremento de la potencia.

Área psicológica: aumento de la agresividad.

Sangre: disminución de fracción HDL del colesterol con aumento de riesgo coronario, etc.

En esta breve enumeración de las acciones de los andrógenos, quizás sean dos las que preocupen a las entidades médicas del deporte: la acción anabólica y el aumento de la agresividad.

Consecuencias de la reglamentación

¿Qué significa en concreto la nueva normativa del COI para las atletas intersexuales?

La reglamentación no explicita las medidas a tomar una vez constatado un caso de hiperandrogenismo. No pretendemos especular en las razones de esta llamativa vaguedad normativa. En cambio, nos limitaremos a discutir las alternativas que se vislumbran. A nuestro entender, en caso de que una atleta intersexual tenga niveles de andrógenos por encima de los considerados normales, existen tres políticas posibles: (A) prohibirle competir, (B) condicionar su participación en la competencia a la aceptación de un tratamiento para reducir el nivel de andrógenos, y finalmente (C) permitirle competir (es decir, anular la reglamentación de abril de 2011 arriba nombrada). En la parte final de este artículo, discutiremos críticamente estas alternativas.

Prohibición de participar

Impedir a una atleta con hiperandrogenismo participar en competencias deportivas constituiría un acto discriminatorio contra un individuo afectado por un desnivel hormonal natural. En el caso del hiperandrogenismo, el elemento discriminatorio es aún más criticable por el riesgo de estigmatizar socialmente a un grupo de individuos. En muchos casos, la mayor concentración de testosterona está asociada a un genotipo y/o a una identidad genérica particulares. Algunas atletas intersexuales tienen aspecto físico masculino, otras se autovivencian como pertenecientes a un tipo genérico distinto al de su sexualidad. Prohibir competir a esas atletas puede ser percibido por el conjunto de la sociedad como una estigmatización de grupos con un genotipo y una identidad genérica diferentes. A nuestro juicio, la supuesta equiparación de las condiciones competitivas no es suficiente para neutralizar el riesgo de discriminación que conlleva la nueva normativa del COI.

Se podría argumentar en contra de esta posición que el deporte (en particular, el deporte profesional de alta competencia) está regulado por un conjunto de normas más o menos arbitrarias que son decididas por los organismos rectores del deporte internacional. Desde esta perspectiva, las reglas del deporte serían éticamente neutrales, en el sentido de que no necesitan responder a las opiniones vigentes en el resto de la sociedad. De esta manera, las organizaciones deportivas tendrían carta blanca para decidir la normativa que consideren más apropiada para regir la práctica deportiva profesional. El anterior director de AMA Richard Pound ha formulado claramente esta posición¹¹:

"[El deporte] está regido por reglas que, no importa cuán artificiales o arbitrarias puedan ser, son libremente aceptadas por los participantes. La razón por la cual una carrera es de 100 o 200 o 1500 metros en realidad no importa. [...] Ni tampoco el número de miembros de un equipo o las especificaciones relacionadas con el equipamiento. Esas son reglas que han sido concertadas. Punto. El deporte conlleva incluso mayor libertad de elección que la participación en la sociedad. Si Usted no está de acuerdo con las reglas del deporte, está en completa libertad de optar por dejar la práctica, a diferencia de su capacidad de optar por abandonar el esquema legal de la sociedad. Pero si Usted participa, debe Usted aceptar las reglas."¹¹

El argumento de Pound es de mucha fuerza, ya que se refiere al derecho de una asociación civil, como lo son las organizaciones deportivas internacionales, a condicionar la participación de los individuos en sus actividades a la aceptación de ciertas condiciones. De la misma manera que existen clubes privados que sólo aceptan miembros masculinos, de la misma forma se podría argumentar en favor del derecho de los organismos rectores del deporte internacional a poner ciertas condiciones a cumplir para poder ser incluido en el programa de competencias. Concretamente, en el caso de las atletas intersexuales, el argumento de la neutralidad normativa recién descrito permitiría limitar la participación de atletas en las competencias exclusivamente a aquellas mujeres que no superaran un determinado nivel de andrógenos. Al fin y al cabo, se podría afirmar retóricamente, ser deportista de élite no forma parte de los derechos humanos usualmente reconocidos a los individuos. ¿No es entonces correcta la posición formulada por Pound?

A nuestro entender, no lo es. Si bien es cierto que una asociación privada puede reservarse el derecho de admisión y supeditar al cumplimiento de ciertas condiciones, consideramos que la comparación con los organismos del deporte internacional no es sostenible. En primer lugar, la afiliación a un club u organización privada de actividad restringida difícilmente forme parte del proyecto de vida de un individuo. Si a causa de mi identidad sexual o de mi sexo biológico se me negara el derecho a formar parte de un club o grupo, no se me está privando necesariamente de la posibilidad de realizar las ambiciones, planes, aspiraciones, etc., que caracterizan mi proyecto de vida en otros ámbitos de la sociedad. Pero cuando se niega el derecho de inclusión a una persona en una actividad que de hecho tiene importancia reconocida para la realización de un proyecto de vida (como lo es la elección de una carrera profesional), cabe entonces calificar tal política como (injustificadamente) discriminatoria. La política excluyente sancionada por el COI en relación a ciertas mujeres con niveles altos de andrógenos se asemeja más a este segundo ejemplo. Para muchas de esas atletas, la exclusión de las competencias (si no aceptan "voluntariamente" realizar un tratamiento) significa ni más ni menos la frustración de un proyecto de vida dedicado al deporte profesional de alta competencia en el que, generalmente, ya han invertido muchos años y esfuerzos.

En este contexto, cabe resaltar que la circunstancia de que el hiperandrogenismo de estas atletas les proporcione una ventaja competitiva no es una razón válida para negarles el derecho de admisión a las competencias deportivas. El nivel de testosterona no es el único factor que causa el mejoramiento del rendimiento deportivo. Algunos grupos raciales tienen mayor probabilidad estadística de poseer genes favorables para la práctica de ciertas disciplinas deportivas. Por ejemplo, un estudio reciente estableció que entre el 60% y el 70% de los varones del este de Asia tienen una variación genética que evita la secreción de esteroides, mientras que solo el 10% de los hombres suecos tiene la misma variación genética¹². Los hombres afectados por esta variación pueden, entre otras cosas, utilizar más cantidad de un anabólico en particular sin ser detectados, ya que no se expresará en la muestra de orina que se les tome. Los varones afro-americanos tienen por lo general mayor contenido proteínico en sus cuerpos que los americanos caucásicos¹³. En algunos deportes, esta variación puede ser un factor determinante de la victoria. Entre los años 1998 y 2008, la maratón de New York ha sido ganada ocho veces por ciudadanos africanos. Y existen

por supuesto muchos más ejemplos de superioridad genética de ciertas etnias para el ejercicio de ciertas disciplinas deportivas. De tomarse en serio el argumento de Pound, significaría que, al menos en principio, los organismos deportivos internacionales podrían, sin necesidad de justificación ética, excluir a varones del este asiático o a afro-americanos de ciertas competencias. ¿No es ése al fin y al cabo el corolario lógico de la posición “¡O lo acepta o lo deja!” expresada por Pound?

Por último, relacionado con esta última crítica, se puede también afirmar que la política excluyente del COI para con las atletas intersexuales se contraponen al desarrollo ético y social ocurrido durante las últimas décadas. Este proceso se ha caracterizado por la creciente inclusión, de forma libre y abierta, de diversas minorías a quienes anteriormente se les negaba reconocimiento civil y social. Prohibir la participación en las competencias deportivas a ciertas mujeres, no por lo que hacen, sino porque son de una determinada manera que no encaja en las normas genéricas tradicionales implica un retorno a políticas discriminatorias ya dejadas de lado en las sociedades modernas.

Tratamiento como condición para participar

Si bien la Comisión Médica del COI no hace referencia explícita a ningún tratamiento como condición para poder participar, en la práctica las atletas intersexuales deberán someterse a un tratamiento médico con el fin de anular la ventaja competitiva que les otorga su hiperandrogenismo para poder competir. En nuestra opinión, esta reglamentación constituye lo que nosotros denominamos “*doping al revés*.” Según las directivas de WADA (*World Anti-Doping Agency*), una sustancia o método de entrenamiento puede ser incluida en la lista de dopaje en caso de que satisfaga al menos dos de las tres condiciones siguientes: (a) la sustancia o método otorga una ventaja competitiva, (b) conlleva riesgos para la salud de quien los utiliza, y (c) es contraria al espíritu (también denominado “ethos”) del deporte¹⁴. El mero cumplimiento de al menos dos de los criterios arriba nombrados no es por supuesto razón suficiente, sino solamente necesaria, para la inclusión de la sustancia o método de entrenamiento en la lista de dopaje. En última instancia, se requiere también una decisión política, en sentido amplio del término, de las autoridades del deporte que proscriba la sustancia o método. Así, por ejemplo, el uso de las denominadas “cámaras de oxígeno” o cámaras hipóxicas no ha sido proscrito por las distintas federaciones deportivas (con excepción de Noruega), a pesar de que cumplen claramente con el criterio (a) arriba mencionado y - al menos de acuerdo a algunas opiniones - también con (c). ¿Podría justificarse sobre la base de este razonamiento la exclusión de atletas hiperandrogénicas de las competencias deportivas?

Obviamente, las medidas adoptadas por la Comisión Médica del COI no satisfacen la primera de estas condiciones. Todo lo contrario: el tratamiento impuesto a las atletas estaría destinado a anular una ventaja competitiva. Pero no caben dudas de que la nueva reglamentación conlleva riesgos de salud para las atletas intersexuales.

Obviamente, los tratamientos a emplear dependerán de las diversas causas que puedan haber generado hiperandrogenismo. Solo haremos referencia a los dos más comunes: la hiperplasia adrenal y tratamiento con estrógenos.

El tratamiento para la hiperplasia adrenal consiste en el uso de un glucocorticoide (Dexametasona) cuyo uso por vía sistémica está

prohibido durante las competencias según la lista de WADA-AMA. Por lo tanto, se requeriría en primer lugar la tramitación de una excepción de uso terapéutico en caso de que la atleta tenga conocimiento del aumento de andrógenos. En segundo lugar debería dicha atleta asumir los riesgos del uso de glucocorticoides durante un período prolongado de tiempo. Los potenciales efectos negativos del uso de dexametasona, aún en las bajas dosis usadas, son: irritación gastrointestinal (con riesgo de hemorragias digestivas, úlcera gastroduodenal, diverticulitis etc.), aumento de los niveles de glucosa en sangre (diabetes), supresión de la función hipotálamo pituitaria adrenal, aumento de la excreción de potasio, acción sobre la actividad inmuno supresora.

El tratamiento con anticonceptivos, que contienen estrógenos más un antiandrógeno (drospirona), es el más usual para el tratamiento para el PCO, así como el uso de antiandrógenos solamente (Ciproterona). No se usan los estrógenos solos. Con estos tratamientos se logra disminuir y/o suprimir la secreción de andrógenos en el ovario y aumentar la cantidad de globulina transportadora de andrógenos SHBG, o bloquear los receptores androgénicos periféricos. Los efectos adversos eventuales son: tensión mamaria, labilidad emocional, hipertensión, problemas para dormir, aumento del riesgo del tromboembolismo (el mismo efecto que, en su momento hizo incluir a la eritropoietina en la lista de sustancias prohibidas), etc. Por estas razones, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) cambió hace algunos años su recomendación en relación al estrógeno y prescribe ahora su aplicación a mujeres menopáusicas sólo en dosis bajas y por corto tiempo¹⁵.

El tratamiento propuesto para las atletas intersexuales es también contrario al espíritu del deporte, ya que implica proporcionar a las atletas sustancias ajenas a su cuerpo con el fin de modificar artificialmente sus niveles hormonales naturales. Es por cierto difícil establecer qué es natural y qué es artificial en relación a las sustancias que mejoran el rendimiento deportivo. La creatina y los hidratos de carbono influyen por ejemplo en el metabolismo pero a pesar de eso no están incluidas en la lista de sustancias prohibidas. Además de no ser peligrosas (con ciertas reservas en el caso de la creatina), su uso está ampliamente aceptado en el ámbito del deporte. Éste no es sin embargo el caso en relación a tratamientos hormonales que se aplican con fines no-terapéuticos. Está permitido darle hormona de crecimiento (hormona anabólica por excelencia) a un deportista con problemas de crecimiento (como por ejemplo se hiciera con Lionel Messi durante sus primeros años en Barcelona). Pero es difícil ver las razones médicas que justifiquen someter a las atletas intersexuales a tratamientos hormonales. Como explicaremos en la próxima sección, eliminar una ventaja deportiva naturalmente adquirida parece ser una magra justificación para imponer a un deportista un tratamiento médico de riesgo.

Existe además otro elemento preocupante en la nueva normativa del COI. El tratamiento a aplicar no estaría en muchos casos justificado desde el punto de vista médico (por ejemplo, cuando la expresión fisiológica del hiperandrogenismo no constituye un problema de salud importante para la atleta afectada), y en otros casos no sería deseado por la deportista (para quién su hiperandrogenismo se vuelve claramente racional, en tanto y en cuanto le permite llevar adelante una carrera deportiva exitosa)¹⁶. ¿O sugiere acaso la Comisión Médica que una mujer que, por ejemplo, tiene ciertos rasgos masculinos debe por esa razón automáticamente ser considerada enferma y compelida a tratarse? Así

interpretada, la nueva normativa del COI para las atletas intersexuales es violatoria del derecho de los pacientes a negarse a aceptar tratamiento médico, un derecho ampliamente reconocido en la mayoría de los países democráticos.

Competencias abiertas a todas las atletas

A nuestro juicio, la política más razonable en relación a las atletas intersexuales sería dejarlas competir sin tomar medida alguna. Como ya hemos visto, las autoridades del deporte internacional se oponen a esto arguyendo la necesidad de crear condiciones más equitativas de competencia. Pero esta justificación es por distintas razones inapropiada.

La esencia del deporte de alta competencia es que el mejor deportista sea coronado como el vencedor. A veces las competencias son decididas por factores casuales. Puede también suceder que alguno de los competidores se entrene más o haga mayores sacrificios que sus rivales para obtener la victoria. Pero en general no existe en la actualidad ninguna diferencia relevante entre los deportistas de alta competencia en relación a esos factores. Los deportistas de élite se esfuerzan de la misma manera y todos hacen gala de la misma voluntad y excelencia mental en pos de la victoria. En cambio, lo que distingue al vencedor de los vencidos es la constitución genética, el hecho de que el atleta que sale victorioso es genéticamente superior, no solo en relación a quienes no practicamos deporte, sino también en comparación con sus colegas. La razón por la cual el esquiador de distancia finlandés Eero Mäntyranta fue imbatible en la década del 60 era una mutación genética que se descubrió muchos años después en miembros de su familia y que le otorgaba mayor oxigenación (aumento de eritropoietina). Y lo mismo se podría decir de Usain Bolt, Michel Phelps y tantos otros. Sus triunfos están directamente relacionados con el hecho de que estos atletas son ganadores en la *lotería genética* que torna a algunos especímenes de los humanos en más aptos para el deporte de alta competencia que otros¹⁷.

Lejos de ser problemática, esta circunstancia constituye la esencia misma del deporte de élite: aquél que por razones naturales (es decir, por vía no-artificial) se destaca como el mejor es también merecedor de la victoria. Y es justamente esa superioridad genética la que es admirada, recompensada y elogiada, para bien o para mal, en el mundo del deporte.

Con una salvedad: ¡siempre y cuando no se trate de una atleta femenina! Porque en ese caso puede suceder que la atleta en cuestión, como le sucediera a Caster Semenya, vea su identidad sexual y genérica cuestionada y sea incluso obligada a someterse a un tratamiento médico riesgoso para continuar compitiendo.

De la misma manera que Mäntyranta, Phelps, Bolt y tantas otras estrellas del deporte, Semenya y las atletas intersexuales son ganadoras en la *lotería genética*. Pero en lugar de ser admiradas y recompensadas por esta superioridad legítimamente adquirida (es decir, por vía natural y sin trampa), se las margina de las competencias o se las compele, por presión indirecta, a someterse a un tratamiento médico para anular su ventaja competitiva. ¿No se debería entonces también obligar a Bolt a perder al menos parte de su explosividad mediante la ingestión de algún preparado, o a Phelps a reducir el largo de sus brazadas, para materializar condiciones más equitativas de competencia? Se torna difícil desechar la sospecha de que este tratamiento diferente de casos

esencialmente iguales (ya que todos se refieren a un tipo u otro de superioridad genética) se origina en que la ventaja genética que las atletas intersexuales poseen amenaza la estricta segregación sexual que rige en el mundo del deporte. La categorización sexual en la que se fundamenta la nueva reglamentación del COI se origina en nociones de sexo y género ya perimidas en las sociedades democráticas modernas. La normativa del COI para las atletas intersexuales es, por esa razón, en última instancia claramente sexista.

Conclusiones

Concluimos entonces que la nueva reglamentación del COI para las atletas intersexuales presenta tintes sexistas y sanciona una especie de "doping al revés." Debería por lo tanto ser abolida permitiéndose así a las atletas intersexuales competir sin restricciones. La ideología imperante en el seno de los máximos organismos del deporte internacional se ha venido alejando más y más durante las últimas décadas de los nuevos cánones establecidos por el desarrollo científico-médico y social, negando así el reconocimiento de libertades y derechos democráticos de los individuos que, por una razón u otra, no encajan en los modelos genéricos tradicionales. En su purismo equitativo, que los lleva a violar libertades y derechos democráticos adquiridos por distintas minorías de la sociedad, los funcionarios del deporte internacional chocan muchas veces con la realidad. Pero en vez de adecuar las normas a ella, pretenden que la realidad – con todos sus matices y variaciones – sea encorsetada en la normativa vigente.

Agradecimiento de los autores a la Dra Graciela Stalldecker por su aporte.

Bibliografía

- Rodríguez Hierro E, Ibáñez Toda L. Hiperandrogenismo, Diagnóstico, Sección Pediatría Htal San Juan Universidad Barcelona. *An Esp Pediatr*. 2002; 56 (supl 4) 28-33.
- Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, et al. Androgen Excess Society. Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91:4237-45.
- Soriano Guillen L, Velásquez de Cuellar M. Hiperplasia Corticosuprarrenal Congénita, Unidad de Endocrinología Infantil Serv. Pediatría Fund. Jiménez Díaz Madrid. *Pediatric Integral*. 2007; XI: 601-6105).
- Speizer P, Assis R, Chissoni L. Congenital adrenal hyperplasia due to 21 hydroxylase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 95:4133-60.
- Filaire E, Lac G. Dehydroepiandrosterone (DHEA) rather than testosterone shows saliva androgen responses to exercise in elite female handball players. *Int J Sports Med*. 2000;21:17-20.
- Heintzein C, Chang C, The rules of androgen receptors and androgen-binding proteins, In Nongenomic Androgen action. *Mol Endocrinol*. 2002;16:2181-7.
- Ding EL, Song Y, Manson JE, Hunter DJ, Lee CC, Rifai N, et al. Sex hormone-binding globulin and risk of type 2 diabetes in women and men. *N Engl J Med*. 2009;361:1152-63.
- Ghosh D, Griswold J, Erman M, Pangborn W. Structural basis for androgen specificity and oestrogen synthesis in human aromatase. *Nature*. 2009;457:219-23.
- Mokbel K. The evolving role of aromatase inhibitors in breast cancer. *Int J Clin Oncol*. 2002;7:279-83.
- Fernandez C, Renno Jrs, Aghiar Petri Nahas E. Síndrome de insuficiencia androgénica. Criterios diagnósticos y tratamiento. *Revista de Psiquiatría Clínica*. 2002;33:152-61.
- Reunión anual de American Association for the Advancement of Science (AAAS) en Seattle, Washington, el 11 February de 2004. Ver www.wada-ama.org/en/newsarticle.ch2?articleId=188938.

12. Schulze JJ, Rane A, Ekström L. Genetic variation in androgen disposition: implications in clinical medicine including testosterone abuse. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2009;5:731-44.
13. Wagner DR, Heyward VH. Measures of body composition in blacks and whites: a comparative review. *Am J Clin Nutr*. 2000;71:1392-402.
14. Asociación Mundial Anti-doping (AMA). 2007. *Código Mundial Anti-doping*. Montreal. AMA.
15. Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency). Documento publicado en enero del 2010. *Hormone Replacement Therapy containing oestrogen with and without progesterone* – 3rd revision of Core Summary of Product Characteristics. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2010/01/WC500069737.pdf.
16. Ljungqvist A, Lindén Hirschberg A, Ritzer M. Dagens Nyheter (edición en internet del 2-8-2011). www.dn.se/debatt/idrottens-organisationer-leker-inte-konspolis.
17. Tamburrini C. "Whats wrong with genetic inequality?". Gunning, Jennifer and Holm, Soren (eds...). Ashgate. *Ethics, Law and Society*. 2009;4:187-204.