

## PROBLEMAS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS MENORES TRANS

### BIOETHICAL PROBLEMS IN HEALTH CARE OF TRANS MINORS

RAFAEL MARTÍNEZ DE LA OSSA SÁENZ-LÓPEZ<sup>1</sup>

ANA M.<sup>a</sup> MARCOS DEL CANO<sup>2</sup>

**Sumario:** 1. *Introducción.* 2. *Definiciones y conceptos clave. Marco legal.* 3. *Circuito de atención sanitaria de las personas menores trans.* 4. *Análisis bioético.* 4. A. *El caso Bell v Tavistock.* 4. B. *Algunas lecciones en clave española.* 5. *Conclusiones.*

**Resumen:** La atención sanitaria a los menores trans constituye un reto en el momento actual, ante el que pediatras, endocrinólogos, familias y los propios niños y jóvenes se enfrentan en un escenario cultural complejo. Por un lado, la necesidad de contactar con los servicios de salud es intrínseca al hecho de la transexualidad, hecho que se evidencia en el amplio desarrollo legislativo en los últimos años, que tienen su máximo exponente en la proposición de ley trans que recientemente ha aprobado el gobierno de nuestra nación. Sin embargo, y aunque el principal propósito es acabar con la patologización del colectivo, en el contexto de los menores de edad existen muchos problemas a analizar: ¿cuál es el mejor interés del menor? ¿quién puede otorgar el consentimiento informado y si este es válido según qué circunstancias? ¿entienden los menores y las familias que los trata-

---

<sup>1</sup> Pediatra Atención Primaria, UGC Órgiva, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Servicio Andaluz de Salud. Máster en Investigación y Avances en Inmunología Molecular y Celular por la UGR, Diploma de Especialización en Bioética por la EASP, Experto Universitario en Bioética y Bioderecho por la UNED.

<sup>2</sup> Catedrática de Filosofía del Derecho de la UNED. Directora del Departamento de Filosofía Jurídica. Directora del grupo de Investigación “Derechos Humanos, Bioética y Multiculturalismo”.

mientos ofertados podrían generar dudas de eficacia y seguridad a los profesionales que los atienden o, incluso, que podrían entenderse hasta cierto punto como *experimentales*? La reciente sentencia del caso *Bell v Tavistock* del Tribunal Supremo de Inglaterra y Gales es un documento clave que analizaremos en busca de alguna de estas claves.

**Palabras clave:** bioética, menores trans, atención sanitaria, bloqueantes de la pubertad, consentimiento informado.

**Abstract:** Health care for trans minors is a challenge at the present time, pediatricians, endocrinologists, families and children and young people themselves faced with a complex cultural context. On the one hand, the need to contact health services is intrinsic to the fact of transsexuality, a fact that is evident in the extensive legislative development in recent years, which has at its maximum exponent the trans law proposal that has recently been approved the government of our nation. However, and although the main purpose is to end the pathologization of the group, in the context of minors there are many problems to analyze: what is the best interest of the minor? Who can give informed consent and if it is valid under what circumstances? Do minors and families understand that the treatments offered could raise doubts about efficacy and safety for the professionals who care for them, or even that they could be understood to some extent as experimental? The recent *Bell v Tavistock* sentence of the Supreme Court of England and Wales is a key document that we will analyze in search of some of these keys.

**Key words:** bioethics, trans minors, healthcare, puberty blockers, informed consent

Recepción original: 22/09/2021

Aceptación original: 19/05/2022

## 1. INTRODUCCIÓN

En la fecha en la que escribo estas líneas, varios acontecimientos de la actualidad mediática han puesto el foco en los problemas en la atención de la comunidad trans. Por un lado, la reciente aprobación de la “ley trans”<sup>3</sup> ha sido fuente de acalorados debates a un lado y otro del espectro político, donde por ejemplo hemos podido encontrar crí-

---

<sup>3</sup> LA VANGUARDIA, “Luz verde a la ley trans que permitirá cambio de nombre y sexo en el Registro Civil a los 14 años”, publicada el 29/06/2021, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20210629/7564962/luz-verde-ley-trans-permitira-cambio-nombre-sexo-registro-civil-14-anos.html>

ticas compartidas entre la derecha más conservadora y el feminismo radical. Analizar cuáles son los puntos críticos de la legislación española desde el punto de vista de la bioética es uno de los objetivos fundamentales de este trabajo.

Pero también, de manera muy reciente, ha sido publicada la sentencia del caso *Bell v Tavistock*<sup>4</sup>, donde el Tribunal Superior de Inglaterra y Gales falló en contra de la capacidad de un menor de otorgar el consentimiento informado para recibir bloqueadores de la pubertad. Realizaremos un minucioso análisis de este importante documento judicial que nos dará claves para evaluar otros tantos problemas planteados en este trabajo.

Por último, quisiera insistir breve pero nítidamente, que este trabajo lo redacto desde el profundo respeto por los pacientes menores trans y sus familias. Desde mi puesto de trabajo de pediatra de atención primaria, creo que debemos arropar a las niñas y niños y sus familias, que se enfrentan a unas circunstancias muy complejas, con unas grandes dosis de empatía, profesionalidad y asesoramiento; protegiendo, como siempre, el mejor interés del menor y siempre desde la deliberación, el diálogo y la escucha activa. Hay que destacar, igualmente, que para la comunidad LGTBI la orientación sexual e identidad de género pueden ser fuentes de desigualdades en salud; y que un buen número de publicaciones documentan un peor estado de salud de este colectivo<sup>5</sup>.

Es fundamental que, como sociedad moderna, abierta y democrática, podamos ser capaces de encontrar un marco para la reflexión lejos de los eslóganes y hashtags rápidos, para encontrar soluciones que no siempre son fáciles. Aprovecho esta oportunidad para trasladar mi reconocimiento, desde aquí, a los profesionales de las unidades de endocrinología pediátrica que, sin duda, son los que todos los días atienden este gran desafío.

## 2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVE. MARCO LEGAL

Antes de comenzar un debate, es costumbre, para la mayoría de los problemas en bioética, comenzar definiendo el marco de la discusión. Esto es, estableciendo unas definiciones básicas para poder

---

<sup>4</sup> LA VANGUARDIA, “¿Hay que dar la razón a los niños que se identifican como transgénero?”, publicado el 15/12/2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20201215/6118888/ninos-transgenero-supremo-keira-bell.html>

<sup>5</sup> FUNDACIÓN GRIFOLS Y LUCAS, “La salud pública, el género y la ética”, Cuadernos de la Fundación Grifols y Lucas, Barcelona 2020, Cuaderno 56, pp.32.

avanzar posteriormente en la deliberación. Sin embargo, en el asunto de la transexualidad nos encontramos que ni siquiera en muchos casos es posible, porque en la raíz del problema del debate está que las definiciones básicas son fuente de conflictividad.

Utilizaremos como guía en esta primera parte la ley de la Comunidad Autónoma de Madrid (C.A.M.)<sup>6</sup>, dado que la ley nacional recientemente ha sido aprobada en consejo de ministros el pasado 29 de junio de 2021, y que es análoga a la de otras CCAA como Andalucía<sup>7</sup> o Cataluña<sup>8</sup>, por ejemplo. Paralelamente, iremos haciendo un comentario crítico a los conceptos para ir introduciendo progresivamente el debate. Y, por último, añadiremos otras definiciones necesarias para acercar este trabajo a quienes estén menos familiarizados con la terminología usada.

## 2.1. Identidad sexual y/o de género

Se entiende por identidad sexual y/o de género la “vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y auto determina, sin que deba ser definida por terceros, pudiendo corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, y pudiendo involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido”<sup>9</sup>.

- Podemos apreciar como la C.A.M. mezcla identidad sexual y de género, pero en la definición aparece claramente la autode-

---

<sup>6</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.”, “BOE” núm. 169, de 14 de julio de 2016, páginas 49217 a 49248. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/07/14/pdfs/BOE-A-2016-6728.pdf>

<sup>7</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.”, “BOE” núm. 193, de 9 de agosto de 2014, páginas 63930 a 63943. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-8608-consolidado.pdf>

<sup>8</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia.”, “DOG” núm. 6730, de 17/10/2014, “BOE” núm. 281, de 20/11/2014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf>

<sup>9</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad...”, cit., artículo 1.1. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/07/14/pdfs/BOE-A-2016-6728.pdf>

terminación del género, tal y cómo la definen los principios de Principios de Yogyakarta<sup>10</sup>.

- En la ley andaluza, por identidad de género se refiere a “la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente”, y se reconoce la libre determinación del género<sup>11</sup>.
- Como veremos más adelante, este concepto crítico (el de la libre autodeterminación de género) es fuente de enorme controversia y lo desarrollaremos más adelante. Pero, ¿qué es el género? ¿qué lo diferencia del sexo?

El **género** tradicionalmente se define como la “construcción social y cultural de un conjunto de roles y valores transmitida y aprehendida por mujeres y hombres de modo diferencial a través de los procesos de socialización y educación, generalmente por oposición entre ambos y con desigual valor social el masculino y el femenino”<sup>12</sup>. Es decir, son los “roles, características, comportamientos, y estereotipos socialmente contruidos e impuestos sobre las personas en función de su sexo”<sup>13</sup>, o, dicho con otras palabras, son herramientas culturales que pueden ser utilizadas por el orden social para imponer una jerarquía o *statu quo* determinado.

En cambio, el **sexo** sería la categoría binaria, masculina o femenina, de nuestra especie humana. Es decir, el conjunto de características biológicas y fisiológicas fruto de nuestro dimorfismo. O, cómo dice la R.A.E., “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”<sup>14</sup>.

Por lo tanto, y aunque en el debate público, en las discusiones informales e incluso en algunos textos legislativos su uso sea intercambiable, parece meridianamente claro que sexo y género hacen referencia a conceptos diferentes.

<sup>10</sup> ALSTON, P, et al., “Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género”, 2007, pp. 7. Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>

<sup>11</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación...”, cit., art. 2.2.

<sup>12</sup> BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres.”, “BOE” núm. 67, de 18 de marzo de 2010, páginas 26647 a 26683. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/18/pdfs/BOE-A-2010-4518.pdf>

<sup>13</sup> ALIANZA CONTRA EL BORRADO DE LAS MUJERES, “Glosario”, último acceso 23/07/2021. Disponible en: <https://contraelborradodelasmujeres.org/glosario/>

<sup>14</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, “Diccionario de lengua española. Sexo”, último acceso 23/07/2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>

## 2.2. Trans

Nos referimos por trans a “toda aquella persona que se identifica con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacer. A los efectos de esta Ley y sin prejuzgar otras acepciones sociales el término trans ampara múltiples formas de expresión de la identidad de género o sub categorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, así como a quienes definen su género como “otro” o describen su identidad en sus propias palabras”<sup>15</sup>.

Como podemos observar, en el texto de la C.A.M. como en otros se sigue hablando del término sexo y género indistintamente. ¿Por qué esta confusión? ¿existe alguna explicación de por qué se usa con tanta indiferencia un vocablo u otro?

El sustrato cultural que está en la base de esta problemática es la **teoría de género** (*gender theory*), según la cual el género debe “ser deconstruido y dejado a la libre autodeterminación del individuo”<sup>16</sup>. Su programa de deconstrucción del género se extiende en algunos desarrollos teóricos hacia el sexo biológico, del que se declara es prescindible<sup>17</sup>, especialmente gracias a los avances de la tecnociencia<sup>18</sup>, para liberarse de imposiciones culturales<sup>19</sup>. Recientes teóricos defienden que la identidad personal se configura “sobre la única base del sentimiento psíquico y de la libertad individual”<sup>20</sup>. Por último, podemos concluir que esta confusión acerca del concepto de género es fuente de equívocos y de confrontación social<sup>21</sup>.

## 2.3. Disforia de género

Es el diagnóstico médico anteriormente utilizado y vigente para la clasificación DMS-5. En el borrador beta de la CIE-11 se ha propuesto

---

<sup>15</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad...”, cit., artículo 1.2. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/07/14/pdfs/BOE-A-2016-6728.pdf>

<sup>16</sup> ARZUBIALDE, S, “La cuestión del gender. Claves para una antropología sexual”, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria) 2016, pp.21.

<sup>17</sup> Íbidem, pp. 37.

<sup>18</sup> Íbidem., pp. 22.

<sup>19</sup> Íbidem, pp.22.

<sup>20</sup> Íbidem, pp. 50.

<sup>21</sup> Íbidem, pp. 38.

el cambio a **incongruencia de género**<sup>22</sup> en el camino hacia la despatologización. Se hace referencia a la identificación de una persona con el sexo contrario al que le correspondería biológicamente, lo que tradicionalmente se ha conocido como transexualidad.

#### 2.4. Consentimiento informado

“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”<sup>23</sup>.

En nuestro ordenamiento jurídico, esta autonomía del paciente viene recogida fundamentalmente en la Ley 41/2002. Dicha norma establecía en su artículo 9.3 tres excepciones al consentimiento informado (C.I.): los incapaces, los incapacitados y los menores. Dentro de los menores, establecía en relación con las excepciones del C.I. “cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos”. Había que escuchar siempre al menor y valorar su nivel de madurez, que se establecía en doce años en virtud del art. 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Esta figura del *menor maduro* y su consentimiento generaban cierto debate, y para subsanar los problemas de interpretación (especialmente en situaciones de conflictividad parental) se modificó la 41/2002 a través de la Ley 26/2015. Con la norma actual, se establece un corte a los 16 años, por encima del mismo no cabe C.I. por representación salvo en situaciones de riesgo vital o para la salud del menor, la I.V.E, los ensayos clínicos o las técnicas de reproducción asistida. Además, introducía la figura del mayor beneficio para la salud del paciente (art. 9.6.). Además, la 26/2015 intentaba junto con la jurisprudencia posterior matizar los distintos escenarios de representación en caso

---

<sup>22</sup> RIAÑO GALAN, I, et al., “Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar”, *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 89, Issue 2, August 2018, Pages 123.e1-123.e6.

<sup>23</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, “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.”,

“BOE” núm. 274, de 15/11/2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

de conflicto parental, que ha sido objeto de reciente publicación en la revista de la asociación nacional de pediatras AEPED<sup>24</sup>.

## 2.5. Mejor interés del menor

“Los actos asistenciales y las decisiones de los progenitores deben ir siempre dirigidas a mejor interés del menor, con respeto a su dignidad”<sup>25</sup>. De manera habitual, son los progenitores los que más saben qué es lo mejor para su hijo. Sin embargo, el consentimiento por representación de los padres no es algo absoluto, sino que deciden en base a la defensa de su interés y siempre y cuando no se cause un daño. No rige, por tanto, el principio de autonomía sino el de beneficencia, y no cabe una equivalencia entre el consentimiento de un adulto capaz y el consentimiento por representación de los tutores legales de un menor<sup>26</sup>.

## 3. CIRCUITO DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS MENORES TRANS

La atención sanitaria en nuestro país a las personas trans, descentralizada por las transferencias en materia de sanidad a las CCAA, se rige por lo general por protocolos. En nuestro trabajo, repasaremos a modo de ejemplo el Proceso Asistencia Integrado (PAI) de atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia<sup>27</sup> de Andalucía, comunidad que fue pionera en la inclusión de la asistencia sanitaria del colectivo trans<sup>28</sup>.

Cuando un menor y sus representantes solicitan una demanda de atención sanitaria, la puerta de entrada habitualmente suele ser la consulta del pediatra de Atención Primaria. En un nivel previo, el del Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC), se recomienda comprobar si en la base de datos está actualizada su identidad de género y su

---

<sup>24</sup> PINA-CAMACHO, L, et al., “Atención a menores con progenitores en conflicto en materia de información y consentimiento relativos a la salud de los hijos. Protocolo asistencial en el contexto de la legislación vigente”, *Anales de Pediatría*, Volume 94, Issue 5, May 2021, pp. 338.e1-7.

<sup>25</sup> *Ibidem*, pp. 338.e4.

<sup>26</sup> *Ibidem*, pp.338.e3.

<sup>27</sup> TINAHONES MADUEÑO, F J, et al., “Proceso Asistencial Integrado. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia”, Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa\\_3\\_pai-transex-infancia.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa_3_pai-transex-infancia.pdf)

<sup>28</sup> *Ibidem*, pp. 11.



nombre manifestado para, en caso contrario, ofrecerle la posibilidad de modificarla<sup>29</sup>.

Una vez en la consulta, se debe preguntar por el nombre por el que el usuario y sus padres han elegido, se procederá a una entrevista donde se concretarán las demandas en base a los comportamientos referidos (identidad sexual o de género diferente a la asignada al nacimiento; preferencias por roles, nombres, juguetes, ropas del sexo distinto; ...), a los aspectos biográficos, los riesgos en materia de salud mental (ansiedad, ideación suicida, rasgos de espectro autista,...) y proponer, de manera individualizada, realizar una interconsulta a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) o de trabajo social<sup>30</sup>.

Desde la misma consulta de pediatría de Atención Primaria, se informará además de la posibilidad de recibir bloqueadores de la pubertad (P.B.) para evitar el desarrollo de los caracteres sexuales no deseados; así como de recibir tratamiento hormonal cruzado (C.S.H.) para el desarrollo acorde a su identidad<sup>31</sup>. Se realizará un estudio preliminar para analizar circunstancias que puedan contraindicar o condicionar la terapia hormonal (estudio analítico con perfil hormonal y edad ósea)<sup>32</sup> y se derivará en circunstancias favorables a la Unidad de Atención a Personas Transexuales (U.A.P.T.) en el momento óptimo, que se ha establecido en el estadio de Tanner de II<sup>33</sup> (botón mamario o aumento de volumen testicular)<sup>34</sup>.

En el protocolo andaluz, el propio pediatra de Atención Primaria será el que informe sobre los efectos secundarios de la medicación y del necesario compromiso terapéutico<sup>35</sup>; para que el menor, adaptándose a sus condiciones de comprensión, y sus representantes legales otorguen su consentimiento por escrito<sup>36</sup>. Entre los efectos secundarios descritos en el PAI de transexualidad se describen los siguientes<sup>37</sup>:

---

<sup>29</sup> Íbidem, pp. 23.

<sup>30</sup> Íbidem, pp. 23-24.

<sup>31</sup> Íbidem, pp. 24.

<sup>32</sup> Íbidem, pp.24-25.

<sup>33</sup> NOTA: los estadios de Tanner, de uso habitual en pediatría y fundamentalmente en endocrinología pediátrica, constituye una clasificación en base a un conjunto de signos puberales que permiten establecer el momento de desarrollo del sujeto.

<sup>34</sup> Íbidem, pp. 25.

<sup>35</sup> Íbidem, pp. 25.

<sup>36</sup> Íbidem, pp. 27.

<sup>37</sup> Íbidem, pp. 25-27.

<b>A. BLOQUEANTES DE LA PUBERTAD (P.B.)</b>
• Osteoporosis y retraso adquisición masa ósea.
• Disminución de la talla final y desproporción segmentos corporales.
• Aumento del IMC.
• Síntomas depresivos y cambios de humor.
• Signos de privación hormonal de la esfera de la menopausia.
• Posibilidad de desarrollar un Síndrome de Ovario Poliquístico (S.O.P.).
• Inhibición de la fertilidad reversible.
• Migraña.
• Metrorragias.
• Epifisiolisis de la cabeza del femoral.
• Reacciones alérgicas.
• Tejido prepucial insuficiente para la cirugía.
<b>B. TERAPIA HORMONAL CRUZADA (C.S.H.)</b>
a) Mujer transexual
• Hiperbilirrubinemia, hiperprolactinemia
• Colelitiasis
• Trombosis venosa
• Depresión
• Descenso de la libido
b) Hombre transexual
• Alopecia
• Acné
• S.O.P.
• Hiperplasia de endometrio
• Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño
• Aumento de libido
• Conductas agresivas, psicosis

Ya en la U.A.P.T., se completará el estudio con las pruebas complementarias que puedan considerarse necesarias<sup>38</sup> y “se informará al niño/adolescente y padres/tutores, en los menores de 16 años, de forma detallada del plan terapéutico a realizar, de los posibles efectos secundarios de la medicación, de la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico y de la reversibilidad/ irreversibilidad de los efectos. Obteniéndose el consentimiento informado escrito por representación”<sup>39</sup>; informando también al menor “de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión (...) para que llegado el momento se otorgue el consentimiento por escrito”<sup>40</sup>.

Igualmente, en la unidad especializada, se hará constar en la Historia Clínica (H.C.) “toda la información ofrecida sobre el tratamiento hormonal, con especial hincapié si se utiliza un medicamento en condiciones diferentes de las autorizadas”<sup>41</sup> (uso *off label*). También debe comprobar que la situación del menor es “lo suficientemente estable”<sup>42</sup>.

Por último, el seguimiento y tratamiento incluidas las opciones quirúrgicas se contemplarán en las UAPT de adultos<sup>43</sup>.

## 4. ANÁLISIS BIOÉTICO

### 4.A. El caso Bell v Tavistock

En diciembre de 2020, se emitió la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Inglaterra en relación con la demanda de Quincy Bell y la Señora A contra el Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (al que, por motivos de brevedad, denominaremos caso Bell v Tavistock<sup>44</sup>). En la misma, se realiza una revisión de la práctica de la defensa, la de su Servicio de Desarrollo de Identidad de Género (GIDS) y la del consorcio fundación Tavistock y Portman del servicio de salud

---

<sup>38</sup> Íbidem, pp. 29.

<sup>39</sup> Íbidem, pp. 30.

<sup>40</sup> Íbidem, pp. 30.

<sup>41</sup> Íbidem, pp. 30.

<sup>42</sup> Íbidem, pp. 30.

<sup>43</sup> TORRES VELA, E, et al, “Proceso Asistencial Integrado. atención sanitaria a personas transexuales adultas”. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016, pp 21. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956dbff62\\_trans\\_adultos\\_29\\_06\\_2017.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dbff62_trans_adultos_29_06_2017.pdf)

<sup>44</sup> NOTA DEL TRADUCTOR: la sentencia disponible está en inglés, la traducción que apporto en este trabajo es la de un servidor, que en todo caso ha sido “dinámica” (dicho en terminología teológica), es decir, mantener el sentido del texto más que una literalidad exacta para una adecuada comprensión del lector.

público nacional británico, en su tarea de prescribir P.B. a menores de 18 años con disforia de género (punto 2)<sup>45</sup>.

El asunto principal de esta demanda es si un niño o una persona joven pueden proporcionar un consentimiento informado (C.I.). (punto 6)<sup>46</sup>; y el tribunal se pregunta acerca de los requerimientos legales del proceso de obtención del C.I. para llevar a cabo el tratamiento, para lo cual ha considerado la evidencia del uso de P.B., su impacto en los pacientes tanto a corto como a largo plazo, y de la evidencia de la eficacia de su uso (punto 9)<sup>47</sup>.

El GIDS, conformado por un equipo de psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas familiares y enfermeros (punto 13)<sup>48</sup>, tiene el fin de ayudar a reducir los sentimientos angustiantes entre quienes presentan una discordancia entre el sexo asignado al nacimiento y su identidad de género (punto 14). Reconoce tres etapas: Etapa 1: administración de GnRH (un P.B.), en aquellos que han alcanzado el estadio Tanner 2. Etapa 2: tratamiento con C.S.H. Etapa 3: cirugía de reasignación de género, solo disponible para adultos mayores de 18 años (punto 15)<sup>49</sup>. El GIDS deriva a lo largo de Inglaterra y Gales a los profesionales de salud, servicios sociales y educativos, y voluntarios.

Desde el GIDS defienden que sólo derivan para P.B. a los jóvenes que sean competentes para dar consentimiento (*Gillick competent*)<sup>50</sup> (punto 36)<sup>51</sup>, y que, en caso contrario, no proceden, aunque exista consentimiento por representación parental (punto 47)<sup>52</sup>.

En el apartado de antecedentes, revisando el conocimiento actual sobre el tema de los P.B., se señala que en relación con el paso de P.B. a C.S.H. no hay estadísticas británicas, y que la única fuente de

---

<sup>45</sup> SENTENCIA DEL CASO BELL V TAVISTOCK DEL TRIBUNAL SUPREMO DE INGLATERRA Y GALES, Case No: CO/60/2020, publicada el 01/12/2020, pp. 3. Disponible en: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

<sup>46</sup> Íbidem, pp. 3.

<sup>47</sup> Íbidem, pp. 3.

<sup>48</sup> Íbidem, pp. 5.

<sup>49</sup> Íbidem, pp 5-6.

<sup>50</sup> N. del T.: En el ordenamiento jurídico inglés, los menores de 16 años pueden dar su consentimiento si se estima tienen la suficiente inteligencia, competencia y entendimiento para apreciar plenamente las implicaciones del tratamiento. Es, por lo tanto, un concepto similar al del menor maduro que existía en nuestra legislación hasta la modificación 26/2015. Puede consultar más información en: <https://www.nhs.uk/conditions/consent-to-treatment/children/>

<sup>51</sup> Íbidem, pp. 9.

<sup>52</sup> Íbidem, pp. 12.

datos revisados es la procedente de Países Bajos (el centro experto en disforia de género del Amsterdam University Medical Centre in the Netherlands (CEGD) liderado por la Dr. de Vries) donde de sólo un 1,9 % interrumpieron el tratamiento y no progresaron a C.S.H. (punto 57)<sup>53</sup>. También se revisó el estado de la cuestión de la reversibilidad de los P.B. La Dr. de Vries aclara que el tratamiento con P.B. es completamente reversible en tanto en cuanto su administración en jóvenes no presenta consecuencias físicas irreversibles como la fertilidad, la gravedad de la voz o el desarrollo mamario (punto 61)<sup>54</sup>. Sin embargo, los demandantes, consultados otros expertos, han cuestionado algunos aspectos de esta presunta reversibilidad. Los cambios psicológicos de la pubertad se conocen menos que los fisiológicos, argumentan, y que el stop o retraso madurativo en el proceso puberal pueden tener potenciales impactos psicológicos y sociales que podrían describirse como no reversibles (punto 64)<sup>55</sup>. Por lo tanto, uno de los puntos centrales de los demandantes es que, aunque la mayoría de las consecuencias físicas de tomar P.B. sean reversibles, si se interrumpe el tratamiento, el menor pierde un periodo de tiempo, habitualmente largo, de desarrollo biológico, psicológico y social de su experiencia adolescente, que nunca se podrá recuperar o ser reversible (punto 65)<sup>56</sup>.

Sin entrar en la eficacia del tratamiento que es competencia del NHS y sus agencias reguladoras, el grado de cuánto es de experimental y de su desconocido impacto van al corazón del asunto de si un joven puede tener comprensión de los riesgos y beneficios para dar un consentimiento legítimo a dicho tratamiento (punto 74)<sup>57</sup>.

Además, los demandantes afirman que hay un buen nivel de evidencia de que una proporción significativa de jóvenes con disforia de género la resuelven una vez pasada la adolescencia sin tratamiento con P.B. (punto 75)<sup>58</sup>. Adicionalmente, que el mismo hecho del diagnóstico y del curso del tratamiento afirman tanto el diagnóstico (bien con la psicoterapia afirmativa de género, bien con los P.B.), consolidando el sentimiento de identificación transgénero y conduciendo con más intensidad a los jóvenes a la reasignación de género frente a lo que cabría esperar con otro diagnóstico y tratamiento (punto 76)<sup>59</sup>.

<sup>53</sup> Íbidem, pp. 15.

<sup>54</sup> Íbidem, pp. 16.

<sup>55</sup> Íbidem, pp. 17.

<sup>56</sup> Íbidem, pp. 17.

<sup>57</sup> Íbidem, pp. 19.

<sup>58</sup> Íbidem, pp. 19.

<sup>59</sup> Íbidem, pp. 19.

El primer demandante (Quincy Bell), nacida mujer, realizó su declaración de testigo de haber recibido tanto P.B. como C.S.H. (punto 78)<sup>60</sup>. En la misma, refirió que cuando tenía 20 años, a pesar de las dudas, procedió a la doble mastectomía, y en el año siguiente al mismo refería que comenzaba a darse cuenta de que la visión que tenía de convertirse en un hombre fue una fantasía y que no era posible, que su biología era femenina y que no importaba cuánta testosterona hubiera en su organismo o cuánto fuese al gimnasio, y que empezó a verse como una mujer con barba (punto 81)<sup>61</sup>. En enero de 2019 interrumpió el tratamiento con testosterona, y desde entonces desea ser identificada como una mujer y busca cambiar su sexo legal de nuevo al de su certificado de nacimiento. En su declaración, afirmaba que tomó una decisión temeraria como adolescente (como tantos) intentando encontrar confianza y felicidad, pero ahora el resto de su vida quedará afectada (punto 83)<sup>62</sup>.

En la valoración del tribunal, el primer asunto debe ser si los menores de 18 años pueden ser considerados competentes para la dar su consentimiento al tratamiento con P.B. y, en segundo lugar, si la información que se entrega en el proceso es la adecuada (punto 90)<sup>63</sup>. En todo caso, no se hace desde la acusación un cuestionamiento de si existe la disforia de género o si la solución a su malestar es dar o no P.B.; sino que el asunto central es si pueden dar el C.I. (punto 92)<sup>64</sup>.

Desde la acusación, se afirma que el uso de los P.B. para tratar la disforia no tiene un adecuado nivel de evidencia que lo sostenga y podría describirse como tratamiento experimental. Por el contrario, hay evidencia de que los P.B. pueden tener importantes efectos secundarios y hay fuerte evidencia de que una vez el niño comienza con P.B. progresa al tratamiento con C.S.H. que produce cambios irreversibles, y he aquí el daño potencial como se evidenció en la declaración del primer demandante (punto 93)<sup>65</sup>. Además, insiste en que los niños

---

<sup>60</sup> Íbidem, pp 19.

<sup>61</sup> Íbidem, pp. 20-21. N. del T: Original: "I started to realise that the vision I had as a teenager of becoming male was strictly a fantasy and that it was not possible. My biological make-up was still female and it showed, no matter how much testosterone was in my system or how much I would go to the gym. I was being perceived as a man by society, but it was not enough. I started to just see a woman with a beard, which is what I was. I felt like a fraud and I began to feel more lost, isolated and confused than I did when I was pre-transition".

<sup>62</sup> Íbidem, pp. 21. N. del T: Original: "I made a brash decision as a teenager, (as a lot of teenagers do) trying to find confidence and happiness, except now the rest of my life will be negatively affected".

<sup>63</sup> Íbidem, pp. 23.

<sup>64</sup> Íbidem, pp. 23.

<sup>65</sup> Íbidem, pp. 23.

y jóvenes son confundidos en torno a la plena reversibilidad, su finalidad y beneficios, del tratamiento con P.B. (punto 94)<sup>66</sup>.

También se hacen en el juicio dos valoraciones por parte de otra organización que se dedica a la atención a los padres y colegios con niños con disforia (Transgender Trend Ltd.) que son relevantes. Por un lado, además de expresar la preocupación de la falta de evidencia de los P.B. para tratar a estos pacientes, llaman la atención en el evidente aumento de adolescentes nacidas niñas derivadas al GIDS y de los factores culturales subyacentes (punto 103)<sup>67</sup>. Por otro, le preocupan el posible daño a niños y jóvenes vulnerables como los que pueden tener trastornos del espectro autista (punto 104)<sup>68</sup>.

En las deliberaciones legales, se destaca que en la determinación de la competencia el niño debe tener el suficiente entendimiento de factores que no son relevantes para él o ella ahora pero que sobre una base objetiva deben ser ponderados en el futuro (punto 124)<sup>69</sup>.

La sentencia finaliza con las conclusiones. En primer lugar, son realmente inciertas las consecuencias a corto y largo plazo del tratamiento con muy escasa evidencia de su eficacia o, de hecho, lo que se busca conseguir. Eso significa, desde el punto de vista del tribunal, que se puede describir como un tratamiento experimental. Segundo, el tratamiento adolece de falta de claridad en su propósito: ¿es una pausa para pensar en un estadio hormonal neutral? ¿O un tratamiento para limitar los efectos de la pubertad y, por consiguiente, se necesita una mayor intervención farmacológica y quirúrgica posterior? En tercer lugar, las consecuencias del tratamiento son altamente complejas y potencialmente persistentes con cambios vitales en la mayor manera imaginable. El tratamiento se dirige al corazón de la identidad del individuo y eso lo convierte en único dentro de la terapéutica médica (punto 134)<sup>70</sup>.

Se ha afirmado que el niño solo necesita entender las implicaciones de tomar P.B. para ser *Gillick competent*. Desde el punto de vista del tribunal, esto no refleja la realidad. La evidencia muestra que una inmensa mayoría de menores que toman P.B. acaban recibiendo C.S.H. y, por lo tanto, las etapas 1 y 2 constituyen un único camino que es realmente raro abandone el niño que lo inicia (punto 136)<sup>71</sup>,

<sup>66</sup> Íbidem, pp. 23.

<sup>67</sup> Íbidem, pp. 25.

<sup>68</sup> Íbidem, pp. 25.

<sup>69</sup> Íbidem, pp. 33.

<sup>70</sup> Íbidem, pp. 34.

<sup>71</sup> Íbidem, pp. 35.

hecho reforzado por la estadística (punto 137)<sup>72</sup>. No basta con que el menor entienda las implicaciones del tratamiento con P.B. para ser declarado competente, sino además su progresión al tratamiento con C.S.H. (punto 138)<sup>73</sup>. Es difícil, señala el tribunal, que un niño menor de 16 años pueda entender y ponderar dicha información (punto 139)<sup>74</sup>. De hecho, en las declaraciones de los testigos se recogieron por parte de algunos niños y jóvenes tratados por el GIDS que pensar en el sexo les disgustaba o que no pensaban realmente en la fertilidad (punto 141)<sup>75</sup>. Además, hay que entender que por la disforia la cohorte de niños presenta estrés psicológico y son altamente vulnerables, de tal manera que la fertilidad o su vida sexual son un pequeño precio que pagar para solucionar la causa inmediata y real de su estrés (punto 142)<sup>76</sup>.

La dificultad para conseguir un C.I. en estas circunstancias se exacerba ante la falta de evidencia de eficacia de los P.B. para el tratamiento de la disforia de género y las consecuencias a largo plazo de seguirlo. La combinación de un tratamiento que cambia la vida y es de por vida dado a niños, con muy escaso conocimiento del grado de cómo o cómo no le beneficiará, es uno de los principales motivos de preocupación (punto 143)<sup>77</sup>. Por lo tanto, no considera el tribunal que la solución sea dar al niño más y más detallada información (punto 144)<sup>78</sup>. Más bien, considera que los médicos deben considerar que no es apropiado iniciar el tratamiento, sea con P.B. o C.S.H. sin la implicación del tribunal (punto 147)<sup>79</sup>. Sostienen este punto de vista en que 1) las intervenciones médicas que afectan de manera significativa, a largo plazo y, en parte, con potenciales consecuencias irreversibles a largo plazo tanto física como psicológicas a personas jóvenes, actúan sobre lo más central de la identidad del individuo; 2) hasta el momento presente, es correcto denominar al tratamiento como experimental o innovador en el sentido de que hay actualmente estudios limitados o con limitada evidencia de eficacia o efectos a largo plazo (punto 148)<sup>80</sup>. Y, por tanto, es el objetivo del tribunal velar por el mejor interés del menor (punto 149)<sup>81</sup>.

---

<sup>72</sup> Íbidem, pp. 35.

<sup>73</sup> Íbidem, pp. 35.

<sup>74</sup> Íbidem, pp. 35.

<sup>75</sup> Íbidem, pp. 36.

<sup>76</sup> Íbidem, pp. 36.

<sup>77</sup> Íbidem, pp. 36.

<sup>78</sup> Íbidem, pp. 36.

<sup>79</sup> Íbidem, pp. 37.

<sup>80</sup> Íbidem, pp. 37.

<sup>81</sup> Íbidem, pp. 37.



Por todo ello, el tribunal considera que existen enormes dificultades para que un niño de menos de 16 años pueda entender y ponderar la información y decidir si presta su consentimiento para el tratamiento con P.B. Es muy poco probable para los menores de 13 años y dudoso para los que tienen entre 14 y 15 años (punto 151)<sup>82</sup>. Respecto a los jóvenes de 16 o más años, la posición legal es que se presupone la capacidad para dar el C.I.; pero dadas las consecuencias de la intervención médica en este caso, y dado que el tratamiento es aún innovador y experimental, reconoce que los médicos pueden solicitar la autorización previa del tribunal antes de iniciar el tratamiento (punto 152)<sup>83</sup>.

#### 4.B. Algunas lecciones en clave española

Una vez analizada la sentencia del caso *Bell v Tavistock*, podemos intentar sacar algún aprendizaje en clave nacional.

En primer lugar, el caso giraba en torno al problema de si un menor podía dar su consentimiento a un tratamiento calificado como innovador o experimental. En nuestro país podría haber ocurrido algo parecido con la Ley 41/2002; pero con la reciente modificación de la 26/2015 queda limitada la capacidad de los menores a pesar de que siempre hay que escucharlos y el consentimiento lo ejercerían los progenitores por representación. Dada las características del tratamiento y del circuito de atención sociosanitaria expuestas, se requeriría el consentimiento de ambos progenitores<sup>84</sup>; incluso en mayores de 16 años, podría argumentarse en base a esta última modificación<sup>85</sup> que se necesitaría el consentimiento del representante del menor de edad.

En segundo lugar, si se revisan los protocolos actuales de actuación como el PAI andaluz, entre las ventajas de los bloqueantes de la pubertad (P.B.), se señala al respecto de este tratamiento que “ayuda a consolidar su identidad sexual; da más tiempo para que la persona

<sup>82</sup> Íbidem, pp. 38.

<sup>83</sup> Íbidem, pp. 38.

<sup>84</sup> PINA-CAMACHO, L, et al., op. cit., pp. 338.e4.

<sup>85</sup> Literalmente: “No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”. 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, “BOE” núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, art. 9.4 recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

explora su transexualidad y otras cuestiones del desarrollo; permite ganar tiempo en busca del consenso entre el niño, su familia y el equipo médico”<sup>86</sup>; cuando, por el contrario, en la sentencia del caso Bell v Tavistock, hemos asistido a una argumentación pormenorizada que cuestiona esta reversibilidad, además de afirmar que el tratamiento podría considerarse en cierta medida experimental y con potenciales efectos a corto y largo plazo y de consecuencias irreversibles.

Por otro lado, el cuestionamiento del tratamiento con P.B. de menores trans no es algo aislado del Reino Unido. En Finlandia se está revisando el protocolo y recientemente en Suecia el Hospital Karolinska ha decretado que no utilizará fuera de ensayos clínicos ni P.B. ni C.S.H.<sup>87</sup> Que países con más experiencia en el manejo de la diversidad LGTBI estén dando marcha atrás en el asunto del tratamiento médico de los menores trans debe ser motivo para la prudencia y la reflexión.

No podemos olvidar el impacto para la infancia y la juventud españolas que tendrá, de aprobarse por las Cortes, el anteproyecto de ley trans<sup>88</sup> que dio luz verde el Ejecutivo el pasado mes de junio. En el mismo, hay varios aspectos que han recibido críticas tanto desde sectores feministas y progresistas hasta conservadores, y que ha sido incluso objeto de polémica dentro de sectores afines al Gobierno de nuestro país<sup>89</sup>.

De aprobarse tal y cómo ha trascendido a los medios, se consagraría la libre autodeterminación de género, incluida para los menores, que podrán solicitar el cambio de sexo a partir de los 16 años, desde los 14 con permiso paterno, desde los 12 con autorización judicial e, incluso, anteriormente, podrá cambiarse el nombre<sup>90</sup>.

---

<sup>86</sup> TINAHONES MADUEÑO, F J, et al., op. cit., pp. 25.

<sup>87</sup> SOCIETY FOR EVIDENCE-BASED GENDER MEDICINE, “Sweden’s Karolinska Ends All Use of Puberty Blockers and Cross-Sex Hormones for Minors Outside of Clinical Studies”, May 5, 2021, disponible en: [https://segm.org/Sweden\\_ends\\_use\\_of\\_Dutch\\_protocol](https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol)

<sup>88</sup> LA SEXTA, “Estas son las claves de la ley trans, la primera que permite la autodeterminación del género en España”, publicado el 29 junio de 2021. Disponible en: [https://www.lasexta.com/noticias/nacional/estas-son-claves-ley-trans-primera-que-permite-autodeterminacion-genero-espana\\_2021062960dafcefaa5b310001d2043b.html](https://www.lasexta.com/noticias/nacional/estas-son-claves-ley-trans-primera-que-permite-autodeterminacion-genero-espana_2021062960dafcefaa5b310001d2043b.html)

<sup>89</sup> EL MUNDO, “Los socialistas nos arrepentiremos muchos años de no haber peleado el Ministerio de Igualdad”, publicado el 26 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2021/06/26/60d620a1fc6c831e548b463e.html>

<sup>90</sup> EL MUNDO, “Las claves de la nueva Ley Trans: cambio de sexo sin exigencias de informes médicos ni hormonación”, publicado el 29 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2021/06/29/60da1573e4d4d8531c8b45ce.html>

La libre autodeterminación forma parte de una estrategia del movimiento *queer*, que pretende la desaparición de la categoría sexo binario en tanto lo entiende como un constructo opresor<sup>91</sup>. Este aspecto está siendo muy criticado desde buena parte del feminismo, que llama la atención sobre cómo (y esto lo hemos visto en la sentencia del caso Bell v Tavistock) se está produciendo un aumento de derivaciones de niñas a las unidades donde se atienden a los menores trans<sup>92</sup>. Desde posturas feministas críticas con la ley, se defiende que “el sexo es una realidad que no atenta contra ningún derecho. Es el género, cuando construye la jerarquía sexual, lo que atenta contra los derechos de las mujeres”<sup>93</sup>. Esta crítica ha sido incluida, de hecho, por un argumentario de uno de los partidos del Gobierno de la nación<sup>94</sup> y que fue objeto de polémica política. Queda meridianamente claro, por lo tanto, que ser crítico o contrario a la futura nueva norma no es incompatible con una posición progresista o defensora de las personas LGTBI; independientemente que esta crítica pueda ser compartida también por personas desde legítimas posiciones conservadoras. Nuevamente, asistimos a un debate mucho más amplio que una confrontación entre dos bandos, y nuestro deber ético exige profundizar en el mismo, abrirlo a una pluralidad de opiniones, que podamos hilar más fino, ser más cautos y respetuosos con las valoraciones, y poner en práctica el ejercicio de la escucha activa.

## 5. CONCLUSIONES

A pesar de la brevedad de este trabajo, es posible que podamos extraer algunas conclusiones, especialmente tras la sentencia del caso Bell v Tavistock.

En primer lugar, queda meridianamente demostrado que el consentimiento para el tratamiento de los menores trans, se ve cuestionado por la experiencia judicial británica, que destaca lo difícil que es encontrar cuál es el mejor interés del menor. No hay que olvidar

---

<sup>91</sup> ÁLVAREZ, A, “Contra el borrado de las mujeres”, elDiario.es, publicado el 13 de julio de 2020. Disponible en: [https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/borrado-mujeres\\_129\\_6102064.html](https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/borrado-mujeres_129_6102064.html)

<sup>92</sup> CONTRA EL BORRADO DE LAS MUJERES, “Es aún peor de lo que temíamos”, publicado el 9 de febrero de 2021. Disponible en: <https://contraelborradodelas-mujeres.org/es-aun-peor-de-lo-que-temiamos/>

<sup>93</sup> ÁLVAREZ, A, op. cit.

<sup>94</sup> PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL, “Argumentos contra las teorías que niegan la realidad de las mujeres”, publicado el 9 de junio de 2020. Disponible en: [http://www.abc.es/gestordocumental/uploads/sociedad/ARGUMENTARIO%20REALIDAD%20MUJERES%20\(1\).pdf](http://www.abc.es/gestordocumental/uploads/sociedad/ARGUMENTARIO%20REALIDAD%20MUJERES%20(1).pdf)

que el consentimiento por representación, como ocurriría en nuestro ordenamiento jurídico, tiene limitaciones, entre ellas, la que presentamos: que entre en conflicto con el mejor interés del niño o niña.

Hemos señalado, entre otras, las dudas que existen con el tratamiento médico. A pesar de la habitual experiencia pediátrica con el uso *off-label* de muchos medicamentos, nos encontramos ante un contexto muy complejo que exige, lo primero de todo, prudencia. De hecho, la propia AEPED en un reciente posicionamiento destaca que “la falta de evidencia científica acerca de cuál es el mejor interés del menor obliga a ser muy prudentes en el manejo global de los casos e, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles”<sup>95</sup>.

Probablemente, y es mi visión personal, la solución de acudir individualmente a los tribunales como propone la sentencia británica para encontrar el mejor interés del menor sea un curso extremo de acción, frente a otro curso extremo que sería el validar en todos los casos, automáticamente, y sin ningún sistema de evaluación, el consentimiento de menores o sus progenitores en una cuestión tan crítica para su presente y futuro. Como curso intermedio de acción, propongo que se pudiera establecer una comisión autonómica, donde un equipo de médicos endocrinólogos pediátricos, psicólogos, trabajadores sociales y juristas (de manera análoga a la de un comité de ética asistencial) ponderasen individualmente cada caso para ofrecer la mejor solución, esclarecer el mejor interés del menor y evitar los excesos que una errónea concepción de la autonomía nos puede conducir.

De hecho, en un estado democrático y de derecho, moderno y plural, debe ser compatible atender a los menores trans con la mayor profesionalidad y sensibilidad posible y, al mismo tiempo, plantear discursos que pueden cuestionar el relato *queer* dominante. Los estudios de género han aportado grandes hallazgos para eliminar importantes desigualdades estructurales y empoderar a colectivos anteriormente marginados. Sin embargo, los últimos desarrollos de la teoría o teorías de género que pretenden construir la identidad sexual sin tener en cuenta ninguna referencia biológica empiezan a dar sus frutos en forma de daño a poblaciones también vulnerables como lo son los jóvenes. Hemos evidenciado como los planteamientos más radicales del movimiento *queer* están obligando a rectificar a países otrora vanguardia de las políticas LGTBI como Suecia y que deberían hacernos reflexionar durante la tramitación parlamentaria de la ley trans en nuestra nación.

---

<sup>95</sup> RIAÑO GALAN, I, et al., op. cit., pp.e4.

Existe una frase en el imaginario popular que reza: “no hay que tirar al niño con el agua sucia”. La visión antropológica previa de nuestra sociedad española, probablemente, era excesivamente rígida, dogmática y poco respetuosa con la diversidad. Pero el discurso *queer* actual, con su pretendida indefinición y fluidez, está teniendo notables consecuencias como la experiencia que acabamos de relatar. Plantear una alternativa antropológica y cultural que tenga en cuenta la realidad material del dimorfismo sexual de nuestra especie y que, al mismo tiempo, sea garante de la diversidad, es un reto de las sociedades occidentales en el momento actual. Como decía la escritora Ana Iris Simón en una reciente entrevista: “nos hemos individuado tanto, que ya no somos conscientes de que hay otro al que apelar”<sup>96</sup>. Es decir, estamos llevando el autonomismo y cierta concepción de la libertad tan lejos que nos estamos olvidando que nadie es una isla, somos en relación a los demás, y no es posible desarrollar una identidad personal desde una concepción abstracta y aislada, sino desde un contexto y desde el encuentro con otras personas.

En cualquier caso, lo que debe quedar claro es que es un error plantear el problema en los individuos, que todavía hoy son diagnosticados y patologizados en muchos contextos, sino en cómo educamos a las generaciones actuales y futuras en la diversidad. Y, por supuesto, más allá de las convicciones propias o ajenas está el respeto a la persona y es nuestro deber de protegerla de toda discriminación o persecución. La AEPED destaca que “es necesario promover un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. Por tanto, se debe actuar en el ámbito educativo y social, evitando “patologizar” la diferencia”<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> EN LA FRONTERA, “Feria-Entrevista a Ana Iris Simón”, programa 537, publicado el 11 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8Vo7Hh-ye-M>

<sup>97</sup> RIAÑO GALAN, I, et al., op. cit., pp.e2.

