

SOBRE LA ILEGALIDAD DEL CONSENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS TRANSFIRMATIVAS IRREVERSIBLES


ON THE ILEGALITY OF MINORS' CONSENT TO IRREVERSIBLE MEDICAL TRANSAFFIRMATIVE INTERVENTIONS

Alejandra Zúñiga-Fajuri¹

RESUMEN: Las modificaciones legales introducidas por la Ley N° 21.331 de Salud Mental, reconocen el derecho a la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes (NNA) en materia de asentimiento, conservando el ejercicio del consentimiento informado en sus padres o representantes legales y haciendo ilegal, incluso con la autorización de estos, cualquier procedimiento que implique su esterilización. Sin embargo, en el contexto del trastorno de identidad o disforia de género, algunos profesionales de la medicina en Chile están recetando a NNA medicamentos y cirugías que, sobre la base del “enfoque afirmativo”, prescinde de los requisitos legales y consensuados por la bioética clínica sobre consentimiento informado y promueve iniciar tratamientos sin contar con un diagnóstico, sin evaluación de la capacidad del paciente y sin evidencia científica sobre su seguridad y efectividad. En este trabajo se argumenta que el inicio de procesos de transición de género potencialmente dañinos en menores de edad, supone desafiar la ley vigente sobre consentimiento informado y capacidad legal, así como el interés superior del niño en el contexto sanitario.

Palabras clave: Bloqueadores de pubertad, consentimiento informado, bioética, menores de edad.

ABSTRACT: The amendments introduced by the Mental Health Act, No. 21.331, recognize the right to a progressive autonomy for children and adolescents in matters of consent, keeping the exercise of informed consent in their parents or legal guardians, making illegal, even with their approval, any procedure involving their sterilization. However, in the context of gender identity disorder, some medical professionals in Chile are prescribing drugs and surgeries to children and adolescents that, based on the “affirmative approach”, disregard the legal requirements and the consensus of clinical bioethics on informed consent. This approach encourages the beginning of treatments without a diagnosis, without evaluation of the patient’s capacity and without scientific evidence of their safety and effectiveness. This paper argues that the initiation of potentially harmful gender transition

¹ Doctora en Derecho, Universidad Autónoma de Madrid. Profesora titular de la escuela de Derecho de la Universidad de Valparaíso e investigadora del CIFDE-UV (<http://cifde.cl/>). Dirección postal: Errázuriz 2120. Valparaíso. Correo electrónico: alejandra.zuniga@uv.cl.  <https://orcid.org/0000-0001-9620-4910>.

processes in minors defies the current regulation on informed consent and legal capacity, as well as the best interests of the child in the medical context.

Keywords: Puberty blockers, informed consent, bioethics, minors.

I. INTRODUCCIÓN

Las personas menores de edad presentan diferencias fisiológicas, psicológicas y evolutivas que exigen construir perfiles de seguridad específicos en el ámbito sanitario. La investigación, diagnóstico y tratamiento en población pediátrica implica consideraciones éticas y legales especialmente complejas². Sin embargo, en muchos casos, su aptitud para prestar consentimiento informado sigue siendo valorada subjetiva y prudencialmente, pues en el ámbito bioético, no hay criterios (definición de habilidades y aptitudes a evaluar), estándares (grados de suficiencia a exigir) y protocolos (proceso de determinación) debidamente consensuados³. Lo anterior resulta especialmente grave cuando se requiere decidir cómo valorar la aptitud de niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA) para prestar consentimiento informado ante la demanda de procedimientos médicos bioéticamente complejos (por su carácter experimental e irreversible⁴), como la extirpación de órganos sexuales, la ingesta de bloqueadores de la pubertad o el uso de hormonas cruzadas.

Muchos científicos han alertado sobre la falta de evidencia que existe respecto de la efectividad y seguridad del tratamiento para el “síndrome de disforia de género”, expresión utilizada por primera vez en 1974 por Fisk, para referirse a la discordancia entre la identidad de género de una persona y su sexo⁵. Aunque en algunos países aún se considera que la intervención médica hormonal y quirúrgica es beneficiosa y debería ser ampliamente accesible, en el Reino Unido, Suecia, Países Bajos, Noruega, Finlandia, Dinamarca y Francia, así como en distintos estados de los Estados Unidos y Australia, han decidido reformar sus legislaciones y limitar esos procedimientos debido a la importante falta de pruebas y estudios científicos sobre su seguridad y eficacia⁶.

El objetivo de este trabajo es revisar las modificaciones legales introducidas por la Ley de Salud Mental (N° 21.331) a la Ley de Derechos del Paciente (N° 20.548), que reconociendo el derecho a la autonomía progresiva de NNA en materia de asentimiento, mantiene el ejercicio del consentimiento informado en sus padres o representantes legales y hace ilegal, incluso con la autorización de estos, cualquier procedimiento que implique su esterilización. Luego, se analizará cómo, desde el punto de vista jurídico y bioético, las intervenciones hormonales y quirúrgicas en menores de

² NAKA y SHAHRIARI (2017) pp. 583-593.

³ BÓRQUE, RAINERI y BRAVO (2004) p. 1245.

⁴ CASS, Hilary (2024) p. 50 y p. 73. En adelante, INFORME CASS.

⁵ FISK (1974) pp. 386-391.

⁶ INFORME CASS, p. 192 y ss.

edad suponen la vulneración de los derechos humanos de los NNA, además de todos y cada uno de los requisitos necesarios para reconocer y aplicar el derecho al consentimiento informado, esto es, la tríada “capacidad-diagnóstico-tratamiento”.

Según veremos, para otorgar el consentimiento informado válido las personas deben, no solo ser instruidas sobre la finalidad, los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento, sino que, además, deben ser capaces de comprender esta información y su relación con la propia situación clínica⁷. Por ello, permitir que un colectivo especialmente vulnerable, como son los NNA, se sometan a tratamientos experimentales es, sin duda, una anomalía. En palabras de la doctora Hillary Cass:

La adopción de un tratamiento con beneficios inciertos y sin un mayor escrutinio, es una desviación significativa de la práctica médica establecida. Esto, junto con el gran retraso en la publicación de los resultados de los estudios, ha tenido consecuencias importantes en relación con las expectativas de los pacientes, los beneficios previstos y la demanda de tratamientos⁸.

Sin embargo, en el contexto de la disforia de género, algunos profesionales de la medicina en Chile están sometiendo a NNA a procedimientos de transición sin cumplir con la tríada “capacidad-diagnóstico-tratamiento” pues, al aplicar el llamado “enfoque afirmativo” (que centra el interés en la autodefinición y en la exploración de la identidad sentida)⁹, *prescinden de un diagnóstico* (pues sería “patologizante” dar uno), *no evalúan la capacidad* de los NNA para prestar consentimiento (ya que el mismo enfoque presume su capacidad)¹⁰ y *carecen de evidencia científica* suficiente sobre la seguridad de los tratamientos, medicamentos y cirugías que prescriben¹¹. Todo esto, según veremos, no solo vulnera las normas legales contenidas en la Ley de Derechos del Paciente y la Ley de Salud Mental, sino que también las reglas consensuadas y vigentes sobre derechos del niño (interés superior del niño) y los principios bioéticos de respeto de la autonomía, no maleficencia y beneficencia¹².

II. LA TRANSICIÓN DE GÉNERO ANTE LA JUSTICIA

Cada vez hay más consenso en que la atención sanitaria que se brinda a menores de edad con algún tipo de disforia de género no constituye un buen cuidado

⁷ EMANUEL, WENDLER y GRADY (2000) p. 2701.

⁸ INFORME CASS, p. 25. Traducción propia.

⁹ HANSSMANN y otros (2008) p. 5.

¹⁰ DRYSDALE (2024).

¹¹ INFORME CASS, p. 25.

¹² Otro interesante caso en el que la protección de los derechos humanos de los niños parece ceder, es el de los llamados “hermanos salvadores”, niños creados por fecundación in vitro y diagnóstico genético preimplantacional a fin de servir como donantes de tejidos u órganos de un hermano afectado por una enfermedad mortal. Como se puede ver, en el transcurso del proceso, las normas éticas para la donación de órganos de menores de edad, tienden a volverse menos exigentes. ZÚÑIGA-FAJURI (2018) pp. 228-235.

médico, pues la evidencia acreditada disponible es “de mala calidad” y sus posibles efectos secundarios, potencialmente “muy graves”¹³. A pesar de ello, en menos de una década se ha generado un aumento sin precedentes en el número de personas menores de edad que buscan la transición de género. Solo en los Estados Unidos, la cantidad de clínicas privadas que se enfocan en proporcionar hormonas y cirugías ha crecido, de unas pocas hace una década, a más de 100 en la actualidad¹⁴. En Chile, la información sobre quienes hacen uso de estos procedimientos, y cómo lo hacen, aunque aún muy oscura, ya amerita poner la voz de alarma¹⁵.

Recientemente, la Academia Estadounidense de Pediatría (en adelante, AAP por sus siglas en inglés) se reunió en el Centro de Convenciones de Anaheim en California para su conferencia anual. Afuera, varias docenas de personas se congregaron para escuchar a los oradores, incluida a Abigail Martínez, la madre de Yaeli, adolescente que luego de comenzar un tratamiento hormonal a los 16 años, se suicidó a los 19 años arrepentida¹⁶. La acompañaban varias otras jóvenes “detransicionadoras”, como Grisha Mosley (que tenía 17 años cuando le administraron testosterona por primera vez después de haber declarado a sus padres que era un niño¹⁷), Luka Hein (a quien le extirparon ambas mamas cuando tenía 16 años¹⁸) y Chloe Cole (la más joven en someterse a una doble mastectomía, después de estar tomando testosterona y drogas para bloquear la pubertad desde los 13 años)¹⁹.

En el mitin de la AAP, Cole sostuvo: “Muchos de nosotros éramos preadolescentes cuando aceptamos, siguiendo las instrucciones de ‘expertos médicos’, realizar tratamientos hormonales y cirugías irreversibles”²⁰. Agrega que ni ella ni sus padres fueron informados sobre procedimientos alternativos menos invasivos, como la atención psiquiátrica, y que los médicos le sugirieron que su disforia de género nunca se resolvería a menos que se sometiera a una transición química y quirúrgica que ahora lamenta.

En España, el caso más conocido es el de Susana Domínguez, joven de 21 años que inició su proceso de transición a los 15, cuando un psiquiatra del sistema público le diagnosticó disforia de género. Al cumplir 18 años le practicaron la mastectomía (extirpación de pechos) y a los 19 años una histerectomía (extracción del útero y los ovarios), y tras la última intervención quirúrgica, Susana entró en depresión y aceptó que estaba arrepentida de los cambios irreversibles en su cuerpo²¹. Denunció que ningún profesional que estuvo durante su proceso consideró que

¹³ INFORME CASS, p. 240; LEVINE (2023) pp. 706-727; MALONE y otros (2021) p. 33; BLOCK (2023).

¹⁴ BLOCK (2023) p. 38.

¹⁵ DRYSDALE (2024).

¹⁶ BLOCK (2023) p. 38.

¹⁷ PERSON AND IDENTITY (2023).

¹⁸ NEW YORK POST (2023).

¹⁹ THE TELEGRAPH (2023).

²⁰ THE ECONOMIST (2021).

²¹ EL MUNDO (2023).

podría tener otro tipo de trastorno mental, como lo asegura su nuevo diagnóstico: trastorno del espectro autista, depresión y trastorno esquizoide²².

1. EVOLUCIÓN Y PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Todas estas jóvenes creían sufrir disforia de género, condición descrita por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en su clasificación de enfermedades (en adelante, DSM-V5) como “una incongruencia marcada entre el género experimentado/expresado y el sexo, que dura al menos 6 meses [...]”²³. La Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante, ICD) denomina a esta condición trastorno de identidad de género de la infancia y la describe específicamente para niños antes de la pubertad: “Angustia persistente e intensa sobre el sexo, junto con un deseo de ser (o insistencia en ser) del otro sexo”²⁴.

Sobre las tasas de prevalencia esperadas de disforia de género, el DSM-5 varía del 0,005% al 0,014% de la población para varones y del 0,002% al 0,003% para mujeres, según las derivaciones por disforia de género en 2013, sin embargo, una encuesta realizada a adolescentes en 2017 mostró que el 1,8% de los niños de secundaria en los EE.UU. se identificaron como transgénero, lo que supone un aumento de al menos 200 veces la prevalencia indicada en el DSM-5²⁵. En el Reino Unido, entre los años 2010-2011, 138 niños fueron derivados a la clínica Tavistock en Londres, pero en 2018-2019, el número aumentó a 2743, un crecimiento del factor de 20 en solo 8 años²⁶.

Así, en la última década, ha habido un aumento extraordinario en el número de jóvenes que presentan trastornos de género en la pubertad. Esta nueva forma de trastorno suele aparecer repentinamente y la mayoría de quienes la sufren son niñas²⁷. Las estadísticas muestran que hay una frecuencia muy alta de patología social y psicológica preexistente, y que es el contagio social y de pares lo que contribuye significativamente a que estos jóvenes vulnerables desarrollen el trastorno²⁸. Es por ello que distintas asociaciones profesionales manifiestan la necesidad de que sea un profesional de la salud mental (en adelante, MHP) quien recomiende el tratamiento endocrino y/o la operación quirúrgica a fin de “garantizar razonablemente que la disforia de género no es secundaria a otros diagnósticos”²⁹.

²² EL MUNDO (2023). Los estudios muestran que la mayoría de los NNA que se identifican como “transgénero” tienen condiciones neurodiversas y de salud mental concurrentes, como depresión, ansiedad, trastornos por déficit de atención y autismo. INFORME CASS, p. 176.

²³ El año 2013 se introdujo el término “disforia” en vez de “trastorno”, pues se pensaba que conllevaba demasiado estigma. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013).

²⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (2016).

²⁵ CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2017) p. 68.

²⁶ LATHAM (2022) p. 270.

²⁷ LATHAM (2022) p. 270.

²⁸ MARCHIANO (2017) p. 345.

²⁹ COLEMAN (2012) p. 165

En Chile, según los datos entregados por el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL) en su última cuenta pública, en 2023 entraron 1202 niños a su programa de apoyo a la identidad de género (en adelante, Paig)³⁰, proyectando que para 2024 ingresarían al programa otros 2940 niños. Es decir, en dos años, habrán atendido a más de 4.000 niños³¹. Es de considerable interés, también, la proporción de sexos de quienes presentan disforia, pues, aunque en el pasado reciente predominaban los varones, hoy sobre el 70% son mujeres que, además, no habrían mostrado disconformidad alguna en la primera infancia, sino que solo cerca de la pubertad, lo que se conoce como “disforia de género de aparición rápida” (*Rapid Onset Gender Dysphoria, ROGD*)³².

2. BLOQUEADORES, HORMONAS Y CIRUGÍA: LOS PROBLEMAS DEL “PROTOCOLO HOLANDÉS”

El tratamiento para la disforia, llamado “atención de afirmación de género”, fue desarrollado en los Países Bajos en las décadas de 1980-1990 y se basa en tres pilares: bloqueadores de la pubertad, hormonas cruzadas y cirugía. Este procedimiento (conocido como “Protocolo Holandés”) propone que, luego de un diagnóstico psicológico/psiquiátrico positivo de disforia, se suministre a los niños que han llegado al estadio Tanner 2 (alrededor de los 12 años) supresores de la pubertad hasta aproximadamente los 16 años, cuando debieran iniciar con hormonas cruzadas (del sexo contrario) para finalizar con una o varias cirugías para extirpar los órganos reproductivos y dar una apariencia del sexo opuesto³³.

Los bloqueadores de pubertad o BP (agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina o GnRHa) son un tipo de medicamento que impide la producción fisiológica de hormonas sexuales. Las hormonas sexuales, la testosterona (en los hombres) y el estrógeno (en las mujeres), son responsables del desarrollo de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, desde el útero materno hasta el final de la vida. Los BP detienen la producción de hormonas sexuales, y el más recetado es la triptorelina, un medicamento inyectable que se usa en pacientes con cáncer de próstata, endometriosis y, en algunos casos, cáncer de mama o hipersexualidad masculina con desviación sexual grave³⁴. Según el Protocolo Holandés original, la cirugía solo se permitía después de que el paciente cumpliera 18 años, pero como muestran los casos citados, en la realidad muchas veces ocurre a una edad más temprana.

Aunque el tratamiento hormonal y quirúrgico todavía es avalado por algunas asociaciones médicas, en la actualidad ha sido objeto de serios cuestionamientos por

³⁰ MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA (2021).

³¹ DRYSDALE (2024).

³² DÍAZ y BAILEY (2023) p. 103; INFORME CASS (2024) p. 86.

³³ HEMBREE (2017) p. 3870.

³⁴ LATHAM (2022) p. 276.

su falta de evidencia científica, irreversibilidad e innumerables efectos secundarios³⁵. Asimismo, puesto que la demanda de algunos es por la “despatologización” de la enfermedad o trastorno (que aún forma parte del manual de diagnóstico DSM-5³⁶), el proceso de transición ya no requeriría (como exige el protocolo holandés) de un diagnóstico avalado por un profesional de la salud mental. Por ello, algunos médicos, sobre la base del modelo afirmativo, estarían iniciando el uso de hormonas, bloqueadores y cirugías sin diagnóstico alguno, es decir, a mera petición de los niños, incluso desde los 9 años³⁷.

3. EL CASO TAVISTOCK-BELL Y LA COMPETENCIA DE GILLICK

Keira Bell demandó en el Reino Unido al Servicio de Desarrollo de Identidad de Género Tavistock (en adelante, GIDS) luego de que, desde los 14 años, le recetaran bloqueadores hormonales, hormonas cruzadas y finalmente le hicieran una doble mastectomía. El caso fue presentado en tribunales para desafiar la idea de que los menores de 18 años pueden dar su consentimiento informado a estos procedimientos. Así, la sentencia de 1 de diciembre de 2020 (Bell vs. Tavistock) del Tribunal Superior de Justicia de Inglaterra, falló a su favor confirmando la llamada “competencia de Gillick”, que concluye que

Es muy improbable que un niño de 13 años o menos pueda llegar a ser competente en el sentido de Gillick y dar su consentimiento a un tratamiento con BP. En lo que respecta a los niños de 14 y 15 años, también tenemos muchas dudas de que puedan comprender los riesgos y las consecuencias a largo plazo del tratamiento, de forma que tengan la comprensión suficiente para dar su consentimiento³⁸.

En numerosas ocasiones el tribunal se muestra sorprendido ante la falta de datos cardinales sobre la gestión segura y eficaz de la práctica clínica en NNA. Declara que la afirmación de Tavistock de que el efecto de los bloqueadores de la pubertad era reversible no reflejaba la realidad, y que los niños menores de 16 años tienen enormes dificultades para comprender lo que significaría para ellos la pérdida de fertilidad, así como la disfunción sexual resultante cuando fueran adultos. La información relevante que un menor tendría que comprender, retener y sopesar para decidir si iniciar o no el tratamiento con supresores de la pubertad debiera ser: conocer y comprender las consecuencias inmediatas del tratamiento en términos físicos y psicológicos; el hecho de que la gran mayoría de los pacientes que toman PB pasan a CSH (*Cross-Sex Hormones*) y, por lo tanto, están en el camino hacia inter-

³⁵ INFORME CASS, p. 196. Traducción propia.

³⁶ El último manual de diagnóstico DSM-5 incorporó el término “disforia de género” con el objeto de reemplazar el de desorden o trastorno de identidad de género (Gender Identity Disorder) que se usó hasta el año 2013.

³⁷ DRYSDALE (2024).

³⁸ BELL AND ANOTHER V. TAVISTOCK (2020) párr.151.

venciones médicas mucho más comprometedoras; la relación entre la toma de CSH y la cirugía posterior, con las implicaciones de dicha cirugía; que la administración de CSH puede conducir a la pérdida de la fertilidad (esterilidad) y disfunción sexual (anorgasmia); el impacto del tratamiento en las relaciones sexuales futuras y de por vida y, finalmente, que las consecuencias físicas de estos tratamientos son aún desconocidas pues la evidencia científica es incierta (pues son tratamientos experimentales)³⁹.

El tribunal concluye que lo apropiado es:

Que los médicos impliquen al tribunal en cualquier caso en el que pudiera haber alguna duda sobre si este tipo de intervenciones clínicas sirve a los intereses a largo plazo de un joven de 16 o 17 años... Expresamos esa opinión por las siguientes razones. En primer lugar, las intervenciones clínicas tienen consecuencias físicas y psicológicas significativas a largo plazo y, en parte, potencialmente irreversibles para los jóvenes. El tratamiento mencionado cambia verdaderamente la vida, ya que llega al corazón mismo de la identidad de un individuo. En segundo lugar, en la actualidad, es correcto calificar estos procedimientos como experimentales o innovadores, en el sentido de que actualmente hay estudios y pruebas limitados sobre su eficacia o los efectos a largo plazo⁴⁰.

Se establece, finalmente, que “la combinación de un tratamiento que dura toda la vida y que cambia la vida de los niños, con poco conocimiento de hasta qué punto los beneficiará o no, es algo que da motivos importantes para preocuparse”. Por ello, en general, no podrá administrarse bloqueadores de la pubertad a niños menores de 16 años sin una orden judicial y, si hay alguna duda en el caso de los jóvenes de 16 y 17 años, los médicos deberían presentar una solicitud similar⁴¹.

4. EL INFORME CASS Y SUS EFECTOS

A consecuencia del creciente número de casos judiciales, el Servicio Nacional de Salud inglés encomendó a la pediatra Hilary Cass un estudio y análisis completo e imparcial, con evidencia amplia y exhaustiva, sobre los tratamientos para la disforia de género. En él se concluyó lo siguiente:

- i) Si bien se ha publicado una cantidad considerable de investigaciones en este campo, las revisiones sistemáticas sobre su evidencia demostraron la mala calidad de esos estudios. Ello significa que no existe evidencia confiable que permita tomar decisiones clínicas para que los niños y sus familias tomen decisiones informadas;
- ii) La justificación de la supresión temprana de la pubertad sigue sin estar clara y hay pruebas débiles sobre su impacto en la disforia de género y la salud mental o psicosocial. Se desconoce el efecto en el desarrollo cognitivo y psicosexual;

³⁹ *BELL AND ANOTHER V. TAVISTOCK* (2020) párr.148.

⁴⁰ *BELL AND ANOTHER V. TAVISTOCK* (2020) párr.152. Traducción propia.

⁴¹ *BELL AND ANOTHER V. TAVISTOCK* (2020) párr. 149. Traducción propia.

- iii) El uso de hormonas masculinizantes/feminizantes en menores de 18 años también presenta muchas incógnitas... La falta de datos de seguimiento a largo plazo sobre quienes comienzan el tratamiento a una edad más temprana significa que no disponemos de información adecuada sobre los distintos resultados para este grupo;
- iv) Puesto que se trata de personas cuyo cerebro está aún inmaduro, los médicos no pueden determinar con certeza qué niños y jóvenes tendrán una identidad trans duradera⁴².

Pero no fue solo con la publicación del Informe Cass que se tomó la determinación de prohibir este tipo de terapias en menores de edad. Según explica Martha Albert Márquez, pocos meses antes el hospital Karolinska, en Suecia –referente mundial en tratamiento de la disforia de género– ya había hecho públicas nuevas *Guidelines* donde se excluyó la terapia hormonal para adolescentes y jóvenes trans, salvo en el contexto de un ensayo clínico aprobado por la agencia de revisión ética⁴³. De igual forma, en Finlandia, las *Guidelines* relativas al tratamiento médico de la disforia de género ya habían sido modificadas en 2020, recomendando no iniciar tratamiento hormonal cruzado antes de la edad adulta (fijada a los 25 años, que es cuando termina la madurez neurológica)⁴⁴. En definitiva, la política de “afirmación” –es decir, acordar rápidamente con un niño que tiene un sexo “equivocado”– es una postura clínica impropia que provoca una distorsión del ámbito clínico. La enorme cantidad de personas que surgen día a día como “detransicionadoras”⁴⁵ hace evidente que existen importantes fallas en la obtención de un consentimiento informado de NNA para un procedimiento que es irreversible y experimental.

Los resultados del informe Cass han sido aprobados por el *Royal College of Psychiatrists* que, luego de una revisión independiente, expresó estar “totalmente de acuerdo con las recomendaciones que pretenden garantizar una evaluación adecuada de los riesgos y beneficios de cualquier intervención. Se deben utilizar datos transparentes y de alta calidad y enfoques basados en evidencia”⁴⁶. Así, publicado el informe Cass preliminar en 2023 (pues el definitivo apareció en abril de este año 2024), el Servicio Nacional de Salud británico cerró la clínica Tavistock y modificó sus guías clínicas a fin de asegurar que, para la mayoría de los jóvenes, la vía médica no sea la forma de gestionar su angustia relacionada con el género y se recomendó dejar de ofrecer fármacos que bloqueen la pubertad a menores de edad, salvo para pacientes inscritos en investigaciones clínicas⁴⁷.

La Relatora Especial de la ONU para la violencia contra mujeres y niñas apoyó también la decisión del Ministerio de Salud y Atención Social británico y expresó que “la implementación del ‘informe Cass’ es clave para proteger a las niñas de

⁴² El Informe Cass preliminar es del año 2023, y el completo, de abril de 2024.

⁴³ ALBERT (2024) pp. 209-210.

⁴⁴ COUNCIL FOR CHOICES IN HEALTH CARE IN FINLAND (2030); ALBERT (2024) pp. 210-213.

⁴⁵ LITTMAN (2021) p. 3353.

⁴⁶ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2024). Traducción propia.

⁴⁷ DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE, UK (2024).

daños graves pues... ha mostrado muy claramente las consecuencias devastadoras que las políticas sobre tratamientos de género han tenido en los derechos humanos de los niños y niñas”⁴⁸.

III. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD

El consentimiento informado se remonta al caso *Schloendorff* (1914), donde se expone que “todo ser humano adulto y capaz tiene el derecho de determinar qué se va a hacer con su cuerpo... un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento del paciente comete violencia contra él”⁴⁹. El consentimiento informado, luego, es un proceso que exige cumplir con la tríada “capacidad”, “diagnóstico” y “tratamiento”. El primer requisito supone un paciente atento y mentalmente competente, capaz de comprender la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre sus efectos y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados.

En el *common law*, el consentimiento informado de los menores de edad se administra a través del principio del “menor maduro”, formulado en el caso británico *Gillick*, en el que un padre demandó a un médico por haber aconsejado a su hija sobre métodos anticonceptivos. El tribunal sostuvo que cuando un menor puede alcanzar una comprensión e inteligencia suficientes para permitirle entender plenamente lo que se le propone con un tratamiento, el médico podía actuar y la patria potestad debía ceder. Cualquier concesión de autonomía, con todo, está condicionada por el requisito de que el tratamiento sea en el interés superior del menor⁵⁰. Si la evidencia científica que respalda las intervenciones afirmativas de género es baja, ¿es siquiera posible el adecuado consentimiento informado de pacientes menores de edad en estos casos? Evidentemente no.

1. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MENORES DE EDAD

La evaluación de la aptitud de los NNA para decidir o demandar procedimientos médicos bioéticamente complejos requiere hacer varias distinciones. Cuando son niños pequeños, generalmente no hay controversia en que son los padres y tutores quienes, al dar su consentimiento, protegen al menor y, asimismo, a los profesionales de la salud, por la responsabilidad derivada del tratamiento. Durante la pubertad y en la adolescencia es útil, además, recoger la distinción que se hace en la Declaración de Helsinki entre consentimiento y asentimiento. El primero requiere un individuo adecuadamente informado y con capacidad legal para consentir. El asentimiento, en cambio, implica el mismo permiso, pero de un individuo que carece de capacidad legal, de modo que, “[s]i un participante potencial considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento

⁴⁸ ALSALEM, Remm (2024). Traducción propia.

⁴⁹ FADEN y BEAUCHAMP (1986) p. 123. Traducción propia.

⁵⁰ *GILICK V. WEST NORFOLK AND WISBECH AREA HEALTH AUTHORITY* (1986) AC 112.

a participar o no en una investigación, el médico debe pedirla. Por tanto, además del consentimiento del representante legal, el desacuerdo del participante potencial debe ser atendido”⁵¹.

Estas reglas son coherentes con la doctrina bioética asentada. Brock explica que dentro de las reglas de incompetencia que anulan la capacidad de decisión de una persona, se incluye la incapacidad para expresar o comunicar una elección, la incapacidad para comprender la propia situación y sus consecuencias, y la incapacidad para discernir información relevante⁵². En lugar de precisar lo que significa “comprensión adecuada”, el autor menciona factores que pueden limitar la comprensión, tales como la enfermedad, la irracionalidad y la inmadurez. En estos casos, además, se necesitará comprobar la necesidad médica y cómo el tratamiento solicitado aporta a los mejores intereses del NNA.

Para la evaluación de la competencia es fundamental, no solo explicar el procedimiento a seguir, sino que también analizar las consecuencias de la acción elegida finalmente por el paciente, de modo que, en la medida en que estas consecuencias son progresivamente más graves, se requiere garantizar *un mayor grado de competencia*⁵³. Los estudios de neurociencia exponen que el cerebro del niño y adolescente aún no está del todo desarrollado, y que sus distintas partes maduran a diferente ritmo. No es hasta los primeros años de la edad adulta que las áreas cerebrales frontales, que están implicadas en la planificación de acciones, el razonamiento y el control de los impulsos, alcanzan madurez⁵⁴. Por eso es que, como explican Johnson y otros, entre los muchos cambios de comportamiento que se han observado en los adolescentes, los tres más comunes, en todas las culturas, son: (1) mayor búsqueda de novedades; (2) mayor asunción de riesgos; y (3) y la preferencia por las interacciones “entre iguales”⁵⁵.

Sagrario Crespo explica que “al comienzo de la adolescencia el comportamiento y el humor no son estables y el adolescente siente una gran inseguridad y debido a los cambios fisiológicos y hormonales es frecuente que se perciba extraño a sí mismo...se pregunta si es una persona normal y se compara con otros”⁵⁶. La consecuencia es que tiene un desorbitado interés por su aspecto físico y necesita ser aprobado por el entorno, por lo que es una fase propicia para trastornos mentales y alimenticios, conductas de riesgo, adicciones, etc. Se dice que la adolescencia es un periodo de extrema inestabilidad, de pensamiento irracional y discordancia generacional. Como se está en una etapa de paulatina formación de la identidad, cualquier decisión irreversible es desaconsejada.

⁵¹ DECLARACIÓN DE HELSINKI (2013) párr. 26 (p. 5).

⁵² BROCK (1989) p. 184.

⁵³ BROCK (1989) p. 202.

⁵⁴ INFORME CASS, pp. 102 y ss.

⁵⁵ JOHNSON y otros (2009) p. 218.

⁵⁶ CRESPO (2024) p. 46.

Es por ello que se ha observado que la persistencia de la disforia de género en menores de edad tiene “un denominador común: es muy baja. Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado DG tras la pubertad, haciendo muy difícil el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia”⁵⁷. Las valoraciones psicológicas en niños deben ser más cuidadosas que en adultos, deben ser realizadas por personal especializado en disforia de género y deben evitar, en lo posible, intervenciones médicas dañinas o irreversibles⁵⁸.

2. BIOÉTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CHILE

Si bien un adulto mentalmente capaz debiera poder decidir, con total libertad, si dar o no su consentimiento a cualquier tratamiento o intervención médica, por muy compleja que sea desde el punto de vista bioético⁵⁹, en el caso de los NNA, la capacidad suele evaluarse en entornos médicos de manera informal, a través de la combinación de dos estándares: la edad y la salud mental⁶⁰. El problema de algunos programas vigentes de apoyo a la identidad de género⁶¹ es que promueve el reemplazo de las reglas consensuadas y legalmente obligatorias sobre consentimiento informado, por el enfoque afirmativo que prescinde de diagnóstico (pues “no se patologizarán las diferentes identidades... porque no están enfermas ni padecen un trastorno”⁶²), omite la evaluación de capacidad (pues los niños, aun impúberes, “antes de los 3 años pueden tener noción de su género” por lo que “se les atenderá afirmando su identidad”⁶³), y carece de información basada en evidencia sobre beneficios y riesgos (pues es un procedimiento experimental⁶⁴).

El “modelo afirmativo”, además, contradice los principios bioéticos consensuados de no maleficencia, beneficencia, respeto por la autonomía del paciente y

⁵⁷ ESTEVA DE ANTONIO y otros (2015) p. 47. Véase también STEENSMA y otros (2013) p. 582 y ZUCKER (2020) p. 36.

⁵⁸ Vale la pena recordar que el artículo 2 de la Ley de Salud Mental (N° 21.331) reconoce a los NNA el derecho a salud mental y dispone que “en el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico”.

⁵⁹ ZÚÑIGA-FAJURI (2013) p. 124.

⁶⁰ BUCHANAN y BROCK (1989) p. 219.

⁶¹ MINSAL (2021) p. 21.

⁶² MINSAL (2021) p. 40.

⁶³ En las “Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme”, se dispone que a los adolescentes mayores de 14 años se les debe “proveer acceso a información sobre métodos seguros para modificaciones reversibles: como entrenamiento vocal, fajamiento de busto, depilación láser, prótesis de pene y derivarlos para tratamiento hormonal o cirugía de modificación corporal”. MINSAL (2022) pp. 3 y 4.

⁶⁴ INFORME CASS, p. 78.

justicia⁶⁵. Como se sabe, el principio de “no maleficencia” (no hacer daño) exige a los médicos tener información precisa sobre los peligros fisiológicos, sociales y psicológicos esperables asociados a la transición médica de género (como disfunción sexual e infertilidad, acortamiento de la vida debido al aumento de la morbilidad médica, abuso de sustancias y adicción, entre otros)⁶⁶. Sin embargo, si algo ha quedado claro con la evidencia médica arrojada hasta el momento es que, puesto que los efectos de estos procedimientos son aún desconocidos, ningún médico puede tener razonable certeza sobre el daño que está generando.

A su turno, en relación con la obligación de “beneficencia”, que requiere que los médicos tengan información clara sobre los supuestos beneficios de la transición de género, cuándo aparecen y hasta qué punto perduran en el tiempo, la evidencia tampoco entrega ninguna claridad, puesto que casi no existen estudios de seguimiento de los pacientes atendidos, ni en el extranjero, ni mucho menos en Chile⁶⁷. Finalmente, sobre el principio de “respeto de la autonomía”, se precisa que los médicos puedan determinar cuándo un adolescente tiene la capacidad cognitiva, madurez y experiencia vital necesarias para dar su consentimiento a intervenciones médicas y quirúrgicas potencialmente irreversibles.

Más allá de la bioética, en nuestra legislación, el consentimiento informado se encuentra reglado en la ley que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” (conocida también como Ley de Derechos del Paciente), N° 20.584 (2012), y se asume como un deber básico exigible al facultativo en el desempeño de su actividad profesional. A partir de las normas contenidas en esta ley, se han delineado parámetros generales para que los profesionales médicos entreguen información clara y precisa a los pacientes a fin de permitir un consentimiento informado válido. Ahora, cuando se atiende a personas menores de edad, la regla es que el consentimiento debe darlo el representante legal, de modo que, en principio, los riesgos de cualquier atención médica se gestionan éticamente a través de un correcto proceso de entrega de información sobre los beneficios esperados, los riesgos conocidos, los resultados a largo plazo y los tratamientos alternativos⁶⁸.

La nueva Ley de Salud Mental, del año 2021, modificó los artículos 10 y 14 de la Ley de Derechos del Paciente, reconociendo el derecho de NNA a recibir información sobre su enfermedad y tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico. Se reconoce, además, en base al principio de

⁶⁵ Los “Principios de Ética Biomédica” de Beauchamp y Childress son un clásico en el campo de la ética médica. La primera edición se publicó en 1979, elaboró los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia en un campo emergente, considerándose hoy pilares básicos de los escritos sobre ética médica, la enseñanza y práctica de la medicina. Código Internacional de Ética Médica de la ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

⁶⁶ LEVINE (2023) p. 8.

⁶⁷ INFORME CASS, p. 78.

⁶⁸ BEAUCHAMP y CHILDRESS (2001) pp. 65, 70-77 y pp. 176-194.

autonomía progresiva (formulado originalmente en el artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño⁶⁹) el derecho de los NNA a ser oídos, en tanto titulares de derechos humanos que cuentan con una capacidad creciente para ejercer dichos derechos por sí mismos de acuerdo con la evolución y desarrollo de sus facultades. Así, el nuevo inciso del artículo 14 establece:

Sin perjuicio de las facultades de los padres, o del representante legal, para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a expresar su conformidad con los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico.

De este modo, la ley respalda que mientras los NNA van alcanzando madurez, serán los padres o sus representantes legales quienes los acompañen, guiándolos y apoyándolos para hacer efectivos sus derechos⁷⁰.

Finalmente, se incorpora una muy importante disposición en relación con los tratamientos irreversibles en el artículo 9, que establece, junto con la prohibición de la esterilización de la persona sin su consentimiento libre e informado, una prohibición adicional referida a la esterilización de NNA, la que *no procederá bajo ningún supuesto, ni aún con la autorización de sus representantes legales*. En principio, luego, aunque los padres consintieran en que sus hijos inicien estos procesos médicos de transición de género, los médicos solo podrían, legalmente, recetar bloqueadores de pubertad, más no hormonas cruzadas (que son potencialmente esterilizantes) ni menos aún cirugías como la histerectomía (extirpación del útero y ovarios) o la orquiectomía bilateral (extirpación de ambos testículos). Incluso, es dudoso que sea legal recetar bloqueadores de pubertad en el contexto de la disforia de género (que es un uso *off-label* de esos medicamentos⁷¹), pues al haber sido calificados como experimentales en el informe Cass, sería necesario aplicarles el artículo 28 de la ley de Derechos del Paciente (N° 20.584), que señala: “La investigación biomédica en personas menores de edad se registrará por lo dispuesto en la ley N° 20.120”. Esta última dispone en su artículo 10:

Toda investigación científica en seres humanos que implique algún tipo de intervención física o psíquica deberá ser realizada siempre por profesionales idóneos en la materia, justificarse

⁶⁹ La Convención sobre los Derechos del Niño, Niña y Adolescente reconoce a los menores de edad derechos autónomos que pueden ejercer por sí mismos, conforme a su desarrollo y madurez. El rol de los padres o representantes legales del niño es orientar y acompañar al niño en este desarrollo. El artículo 12 de la Convención prescribe: “Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez”. CONVENCION DE DERECHOS DEL NIÑO (1989).

⁷⁰ GÓMEZ DE LA TORRE (2018) p. 118.

⁷¹ LÓPEZ Y GONZÁLEZ (2018) p. 251.

en su objetivo y metodología y ajustarse en todo a lo dispuesto en esta ley... No podrá desarrollarse una investigación científica si hay antecedentes que permitan suponer que existe un riesgo de destrucción, muerte o lesión corporal *grave y duradera* para un ser humano⁷².

En el ámbito de la experimentación, científica el

consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los distintos aspectos de la investigación, para tomar una decisión consciente⁷³.

En definitiva, como los procedimientos para el cambio de género poseen muchos efectos secundarios irreversibles y a largo plazo desconocidos, si bien un adulto podría alegar el principio moral de autonomía para someterse a ellos –asumiendo todos sus riesgos–, la legislación vigente en Chile no autoriza estos procedimientos en el caso de NNA. Se trata de limitaciones justificadas a la libertad personal de quienes, por motivos de edad, no cuentan con la madurez necesaria demandada, razonablemente, por nuestra legislación.

IV. CONCLUSIÓN

Si algo nos enseña la experiencia reciente sobre las terapias de género, es cómo no debiera funcionar la ciencia médica. Un tratamiento experimental que impide el crecimiento óseo normal, interfiere en la maduración del cerebro y conlleva cirugías irreversibles que pueden incluir disfunción sexual grave e infertilidad, es el tipo de procedimiento que nunca debiera aplicarse a NNA.

Las modificaciones legales introducidas por la Ley de Salud Mental N° 21.331, reconocen el derecho a la autonomía progresiva de NNA –en materia de asentimiento– manteniendo el ejercicio del consentimiento informado en sus padres o representantes legales (art. 14). Con todo, se hace ilegal, incluso con la autorización de estos, cualquier procedimiento que implique su esterilización (art. 9). De este modo, la Ley de Derechos del Paciente, la Ley de Salud Mental y la Ley sobre Investigación Científica en Seres Humanos, contemplan disposiciones que respaldan la evidencia científica que muestra que el cerebro joven es biológica y socialmente inmaduro, tiende a asumir riesgos a corto plazo, no posee la capacidad de comprender las consecuencias probables futuras, y responde excesivamente a la influencia de sus pares⁷⁴. Por ello, el inicio de procesos de transición de género en

⁷² Ley N° 20.120, SOBRE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN EL SER HUMANO, SU GENOMA, Y PROHÍBE LA CLONACIÓN HUMANA.

⁷³ CÓDIGO DE NUREMBERG (1946).

⁷⁴ JOHNSON y otros (2009) p. 218.

menores de edad (incluso menores de 12 años) supone desafiar la ley vigente sobre capacidad legal, las normas sobre consentimiento informado en el contexto de la investigación científica y el interés superior del niño.

Cada NNA debe ser tratado con respeto, sensibilidad y responsabilidad, por lo que una política general que simplemente afirma la disforia como una condición primaria, es peligrosa y poco terapéutica. La tendencia de afirmar al NNA, en lugar de examinar más a fondo su dolencia mental, no solo lo daña, sino que es una política que viola su derecho a un cuidado sanitario de calidad y pone en serias dudas la aptitud del médico para evaluar la competencia y capacidad de decisión de su paciente. Más aún, cuando el Informe Cass mostró que, en la mayoría de los casos de disforia, se trata de NNA que tienen importantes problemas psicológicos y sociales, y que el trastorno de género tiende a ser secundario y pasajero. Por ello, con una espera vigilante, el trastorno desaparece naturalmente a medida que el niño crece⁷⁵. Esto no niega la realidad de la disforia ni que futuras formas de tratamiento puedan ser permitidas para los adultos, pero sí descarta una medicación experimental en menores de edad.

Desde el punto de vista jurídico y bioético, por tanto, se debe rechazar la aplicación de un *modelo afirmativo* que, en principio, vulnera la tríada *capacidad-diagnóstico-tratamiento*, reglada por la ley y consensuada por la bioética, sobre consentimiento informado de NNA. Dicho modelo, en vez de dar certezas sobre la capacidad del paciente, promueve prescindir de cualquier análisis de competencia. En vez de exigir un diagnóstico claro sobre el trastorno, lo rechaza con el objeto de “despatologizar” la disforia. En vez de dar garantías razonables sobre la seguridad de los tratamientos e informar, con evidencia científica, sobre sus consecuencias a mediano y largo plazo, los desconoce.

Se esperaría que los profesionales de la medicina, al trabajar con menores de edad, cumplieran con las leyes sobre consentimiento informado de forma más —no menos— exigente. Ante un procedimiento irreversible y experimental, los médicos no debieran hacer caer en los niños y adolescentes vulnerables las consecuencias de sus elecciones, amparándose en la fantasía de que ellos “saben quiénes son”, ignorando toda la evidencia que existe sobre la formación de la identidad como proceso continuo durante la infancia y la adolescencia, y, sobre todo, desconociendo la ley vigente. Con todo esto, la responsabilidad médica por mala praxis está servida y el daño irreversible causado a los NNA terminará buscando —como en otros países— compensación en tribunales.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ALSALEM, Remm (2024): “UN Special Rapporteur on violence against women and girls”. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/statements/2024/04/uk-implementation->

⁷⁵ COHEN-KETTENIS y otros (2008) p. 1895.

- cass-report-key-protecting-girls-serious-harm-says-un-expert. Fecha de consulta: 23/05/2024.
- ALBERT, Martha (2024): “Consentimiento informado: perspectiva legal”, en LÓPEZ, José (coord.), *Aspectos científicos, legales y éticos del tratamiento con hormonas cruzadas en personas trans* (Valencia, Tirant Humanidades).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (Washington, American Psychiatric Publishing, quinta edición).
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (2006): *Código Internacional de Ética Médica*.
- BROCK, Dan (1989): “Children’s Competence for Health Care Decision Making”, en KOPPELMAN, Loretta; MOSKOP, John (edits.), *Children and Health Care. Philosophy and Medicine* (Springer, Dordrecht) pp. 181-212.
- BUCHANAN, Allen y BROCK, Dan (1989): *Deciding for others. The ethics of surrogate decisions* (Cambridge, Cambridge University Press).
- BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James (2001): *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford, Oxford University Press).
- BLOCK, Jennifer (2023): “Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement”, *British Medical Journal*, 380: p. 382.
- BÓRQUEZ, Gladys, RAINERI, Gina y BRAVO, Mireya (2004): “La evaluación de la ‘capacidad de la persona’: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado”, *Revista Médica de Chile*, 132: pp. 1243-1248.
- CASS, Hilary (2024) : “Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People”. Disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>. Fecha de consulta: 05/07/2024.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2017): “Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts”. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6803a3.htm>. Fecha de consulta: 23/05/2024.
- COHEN-KETTENIS y otros (2008): “The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights”, *The Journal of Sexual Medicine*, 5: pp. 1892-1897.
- COLEMAN, Ed y otros (2012): “Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). 7th version”, *International Journal of Transgenderism*, 13(4): pp. 165-232.
- COUNCIL FOR CHOICES IN HEALTH CARE IN FINLAND (2023): “Medical treatment methods for gender dysphoria in non-binary adults-recommendation”. Disponible en: <https://palveluvalikoima.fi/en/frontpage>. Fecha de consulta: 05/07/2024.
- CRESPO, Sagrario (2024): “El proceso hormonal desde la adolescencia a la madurez”, en LÓPEZ, José (coord.), *Aspectos científicos, legales y éticos del tratamiento con hormonas cruzadas en personas trans* (Tirant, Humanidades) pp. 35-49.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE, UK (2024): “The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Emergency Prohibition) (Extension) Order 2024”. Statutory Instruments 2024 No. 868. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2024/868/made>. Fecha de consulta 08/10/2024.

- DIAZ, Suzanna y BAILEY, Michael (2023): “Rapid onset gender dysphoria: Parent reports on 1655 possible cases”, *Archives of Sexual Behavior*, N° 52(3): pp. 1031-1043.
- DRYSDALE, Sabine (2024): “Pubertad interrumpida: niños trans inician tratamiento hormonal en medio de controversias”. *BioBio*. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2024/05/29/pubertad-interrumpida-ninos-trans-inician-tratamiento-hormonal-en-medio-de-controversias>. Fecha de consulta: 05/07/2024.
- EL MUNDO (2023): “Susana, la primera ‘trans’ arrepentida que reclama a la sanidad pública por haberla operado: ‘Me arruinaron la vida’” Disponible en: <https://www.elmundo.es/papel/historias/2023/02/22/63f64bbcf6c83e24a8b4586.html>. Fecha de consulta: 07/11/2023.
- EMANUEL, Ezekie, WENDLER, David & GRADY, Christine (2000): “What Makes Clinical Research Ethical?”, *JAMA*, 283(20): pp. 2701-2711.
- ESTEVA DE ANTONIO y otros (2015): “Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)”, *Revista Especializada en Endocrinología Pediátrica*, vol. 6, N° 1: pp. 41-49.
- FADEN, Ruth y BEAUCHAMP, Tom (1986): *A history and theory of informed consent* (New York, Oxford University Press).
- FISK, Norman (1974): “Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen”, *Western Journal of Medicine*, 120 (5): pp. 386-391.
- GÓMEZ DE LA TORRE, Maricruz (2018): “Las implicancias de considerar al niño como sujeto de derecho”, *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, N° 14: pp. 117-138.
- HANSSMANN, Christoph y otros (2008). “Talking, gawking, or getting it done: Provider trainings to increase cultural and clinical competence for transgender and gender-nonconforming patients and clients”, *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 5, N° 1: pp. 5-23.
- HEMBREE, Wylie y otros (2017): “Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society: Clinical Practice Guideline”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 102, N° 11: pp. 3869-3903.
- INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS (2016): “Gender identity disorder of childhood”. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F64.2>. Fecha de consulta: 05/07/2024.
- JOHNSON, Sara y otros (2009): “Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in Adolescent Health policy”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 45, N° 3: pp. 216-221.
- LATHAM, Anthony (2022): “Puberty blockers for children: Can they consent?”, *The New Bioethics*, vol. 28, N° 3: pp. 268-291.
- LEVINE, Stephen y ABBRUZZESE, Ed (2023): “Current concerns about gender-affirming therapy in adolescents”, *Current Sexual Health Reports*, vol. 15, N° 2: pp. 1-11.

- LITTMAN, Lisa (2021): “Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners”, *Archives of Sexual Behavior*, vol. 50, N° 8: pp. 3353-3369.
- LÓPEZ, José y GONZÁLEZ, Carmen (2018): “Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XXIX, N° 97: pp. 247-256.
- MARCHIANO, Lisa (2017): “Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics”, *Psychological Perspectives*, vol. 60, N° 3: pp. 345-366.
- MALONE, William y otros (2021): “Puberty blockers for gender dysphoria: the science is far from settled”, *Lancet Child Adolescent Health*, vol. 5, N° 9: pp. 33-e34.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA (2021): “Programa de Apoyo a la Identidad de Género” Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212572_doc_pdf1.pdf. Fecha de consulta: 23/05/2024.
- MINSAL (2021): “Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme”. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RECOMENDACIONES-PARA-LA-IMPLEMENTACION-DEL-PROGRAMA-DE-ACOMPANAMIENTO-PARA-NINOS-NINAS-Y-ADOLESCENTES-TRANS-Y-GENERO-NO-CONFORME.pdf>. Fecha de consulta: 23/05/2024.
- MINSAL (2022): “Circular sobre la atención de salud de la infancia y adolescencia trans”. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/Circular-N%C2%B005-sobre-la-atencion-de-salud-de-infancia-y-adolescencia-trans-y-genero-no-conforme.pdf>. Fecha de consulta: 20/06/2024.
- NAKA, Fludiona, STROBER, Bruce y SHAHRIARI, Mona (2017): “Clinical trials: Kids are not just little people”, *Clinics in Dermatology*, vol. 35, N° 6: pp. 583-593.
- NEW YORK POST (2023): “Woman who transitioned at 16 sues doctors over double mastectomy”. Disponible en: <https://nypost.com/2023/09/14/woman-who-transitioned-at-16-sues-doctors-over-double-mastectomy>. Fecha de consulta: 01/12/2023.
- PERSON AND IDENTITY (2023): “Prisha Mosley’s Testimony to South Carolina Senate”. Disponible en: <https://personandidentity.com/prisha-mosleys-testimony-to-south-carolina-senate/>. Fecha de consulta: 01/12/2023.
- STEENSMA, Thomas y otros (2013): “Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study”, *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, vol. 52 N° 6: pp. 582-590.
- THE ECONOMIST (2021): “Portrait of a detransitioner as a young woman”. Disponible en: <https://www.economist.com/united-states/2021/11/06/portrait-of-a-detransitioner-as-a-young-woman>. Fecha de consulta: 07/11/2023.
- THE TELEGRAPH (2023): “Chloe Cole: ‘I was told transitioning would save me. It destroyed my life’”. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/news/2023/08/27/chloe-cole-detransition-awareness-us-congress/>. Fecha de consulta: 01/12/2023.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2024): “Recognizing and addressing the mental health needs of people experiencing gender dysphoria/gender incongruence”. Disponible en:

<https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2024/04/22/detailed-response-to-the-cass-review's-final-report>. Fecha de consulta: 23/05/2024.

ZUCKER, Kenneth (2020): “Debate: different strokes for different folks”, *Child and adolescent mental health*, vol. 25, N° 1: pp. 36-37.

ZÚÑIGA-FAJURI, Alejandra (2013): “La nueva Ley de Derechos del Paciente: Del modelo de la beneficencia al modelo de la autonomía”, *Revista Médica de Chile*, vol. 141: pp. 123-124.

ZÚÑIGA-FAJURI, Alejandra (2018): “Born to donate: proposals for “savior sibling” regulation in Latin America”, *Colombia Médica* (Cali), vol. 49, N° 3: pp. 228-35.

JURISPRUDENCIA CITADA

BELL AND ANOTHER v. TAVISTOCK AND PORTMAN NHS FOUNDATION TRUST [2020] EWHC 3274 (Admin), [2021] PTSR 593.

GILLICK v. WEST NORFOLK AND WISBECH AREA HEALTH AUTHORITY [1986] AC 112.