

## SUPUESTOS DE CULPA O NEGLIGENCIA A PROPÓSITO DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PARA LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO

*M<sup>a</sup> Isabel Domínguez Yamasaki*

*Investigadora “Ayuda Margarita Salas para Jóvenes Doctores”<sup>1</sup>*

*Universidad Pública de Navarra*

---

TITLE: *Cases of fault or negligence regarding gender reassignment medical treatments*

RESUMEN: Recientemente en nuestro país ha sido aprobada la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, norma que contiene importantes novedades para nuestro ordenamiento jurídico y muchas de ellas controvertidas —como, por ejemplo, la rectificación registral relativa al sexo—.

No obstante, el presente trabajo tiene como punto de partida una cuestión que, en realidad, apenas ha sido tratada en la referida ley; esto es, el tratamiento médico para la transición o reasignación de género. En este contexto, nos encontramos con los supuestos de detransición, que consiste en el deseo de cesar o de revertir los efectos derivados de los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos dirigidos a dicha reasignación de género. Dado que los tratamientos hormonales y quirúrgicos pueden ser irreversibles y conllevar efectos secundarios, es necesario valorar si tales efectos pueden ser considerados daños indemnizables. Para tal fin, entre otras cuestiones, habrá de averiguarse si la actuación médica fue conforme a la «*lex artis*». Así pues, el objeto de este trabajo es dar respuesta a la pregunta relativa a qué debe entenderse por actuación diligente en los tratamientos médicos de transición o reasignación de género en lo concerniente al consentimiento para la iniciación de dichos tratamientos.

ABSTRACT: *Recently in our country it has been passed the «Law 4/2023, 28<sup>th</sup> of February, for the real and effective equality of trans persons and the guarantee of LGBTI persons’ rights», which contains important developments and many of them controversial —such as the correction of registration relating sex—.*

*However, the starting point of this paper is an issue which, in fact, has barely been treated in the aforementioned law; which is, the gender reassignment medical treatment. In this context, there have been cases of detransition, which imply the desire to cease or to reverse the effects of hormonal treatments and/or surgeries practiced for the aforementioned reassignment. Due to the fact that hormonal treatments and surgeries may be irreversible and imply secondary effects, it is necessary to determine whether these effects should be considered liable damages. To this end, amongst other questions, it has to be assessed if the medical intervention was performed in accordance with the «lex artis». Therefore, the subject matter of this study is answering the question concerning what is to be understood by «diligent performance» in the context of medical treatments for gender transition or reassignment in relation to consenting the initiation of such treatment.*

PALABRAS CLAVE: Transexualidad, discordancia de género, reasignación de género, minoría de edad, capacidad, consentimiento informado, detransición de género, desistimiento, responsabilidad, *lex artis*, *culpa*, *negligencia*.

KEY WORDS: *Transsexuality, gender incongruence, gender reassignment, minority of age, capacity, informed consent, gender detransition, desistance, liability, lex artis, fault, neglect.*

<sup>1</sup> Ayuda financiada por la Unión Europea – NextGenerationUE.

SUMARIO: 1. DETRANSICIÓN EN LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO. 2. PLANTEAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DERIVADOS DE LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO Y «LEX ARTIS». 2.1. *Punto de partida*. 2.2. *La «lex artis» en los tratamientos médicos para la transición o reasignación de género*. 3. ASPECTOS LEGALES Y PROTOCOLARIOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA «LEX ARTIS» EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PARA LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO. 3.1. *Autodeterminación de género en la legislación española*. 3.2. *Eliminación de las evaluaciones psicológicas en los Protocolos y Guías de atención sanitaria*. 3.2.1. Despatologización de la discordancia de género y evaluaciones psicológicas. 3.2.2. Evaluaciones psicológicas en protocolos y guías de atención sanitaria autonómicas. 3.2.3. Evaluaciones psicológicas en protocolos y guías de atención sanitaria en el ámbito de la investigación. 3.2.4. Sobre la obligatoriedad de la prestación sanitaria especializada a personas con discordancia de género. 3.3. *Especial atención al valor jurídico de los Protocolos y Guías de atención sanitaria en la determinación de la «lex artis»*. 3.4. *Prohibición de las «terapias de conversión»: un conflicto terminológico*. 4. ASPECTOS MÉDICOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA «LEX ARTIS» EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PARA LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO. 4.1. *Introducción*. 4.2. *Posibles efectos secundarios y efectos irreversibles de los tratamientos médicos para la reasignación de género*. 4.2.1. Bloqueadores de pubertad. 4.2.2. Tratamiento hormonal cruzado. 4.2.3. Cirugía. 4.3. *Prescripción off-label de fármacos*. 4.4. *Disforia de género de inicio rápido*. 5. CONCLUSIÓN: POSIBLES INCUMPLIMIENTOS DE LA «LEX ARTIS» EN LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO. 5.1. *Introducción*. 5.2. *Infracción de la «lex artis» tradicional por ausencia o error en el diagnóstico*. 5.3. *Incumplimiento del deber de información por falta de comprensibilidad y por omisión de información*. 5.3.1. Información y autonomía del paciente. 5.3.2. El tratamiento médico para la transición o reasignación de género como medicina satisfactiva. 5.3.3. Información sobre posibles efectos secundarios y efectos irreversibles del tratamiento médico. 5.3.4. Información sobre la detransición. 5.4. *Ausencia de consentimiento válido ligado a la eliminación de la evaluación psicológica al inicio del tratamiento de reasignación de género*. BIBLIOGRAFÍA.

## 1. DETRANSICIÓN EN LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO<sup>2</sup>

Las personas con discordancia de género<sup>3</sup> pueden iniciar un proceso que se conoce como «transición» o «reasignación de género», consistente en el cambio de la expresión de género asociada a su sexo biológico por la del sexo biológico contrario. La transición puede llevarse a cabo de distintos modos como, por ejemplo, a través del

<sup>2</sup> Si bien hay conceptos o expresiones cuyo significado no comparto, como por ejemplo «reasignación de género» o «género asignado en el nacimiento»; a fin de no generar confusión, en este trabajo se emplea la terminología normalmente empleada por los profesionales especialistas involucrados en los procesos de transición y por las instituciones y legislaciones de nuestro país.

<sup>3</sup> Considerada como una condición relacionada con la discordancia sexual, la discordancia de género, en general, se define en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud adoptada en 2019 y en vigor desde 2022 —en adelante «CIE-11»—, como una discordancia que «se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo». Téngase presente que el CIE-11 proporciona, asimismo, unos conceptos específicos de discordancia de género distinguiendo entre la discordancia de género en la infancia y, por otro lado, en la adolescencia o adultez.

Enlace web de la Organización Mundial de la Salud (versión en español):

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>

cambio de nombre, manera de hablar o vestimenta, y también puede optarse por distintos tratamientos médicos consistentes en los bloqueadores de pubertad, el tratamiento hormonal cruzado y la cirugía<sup>4</sup>.

Sin embargo, el proceso de reasignación de género puede no producir los resultados esperados y darse supuestos de detransición. Aunque la detransición es un fenómeno que aún debe ser estudiado en mayor profundidad, ésta puede definirse como el «cese o la reversión de la transición de género o de la identificación como transgénero, ya sea desde el punto de vista social, legal o médico-quirúrgico. Puede producirse en cualquier fase del proceso de transición y a cualquier edad, aunque es más común al inicio de la transición, y particularmente antes de las cirugías»<sup>5</sup>. Los casos de detransición pueden agruparse en dos categorías diferentes distinguiendo entre aquellas situaciones en las que la persona que inicia la detransición sigue considerándose transgénero<sup>6</sup> y, de otra parte, se dan supuestos en los que la persona deja de considerarse como tal<sup>7</sup>. Aparte de la detransición, ha de hacerse mención al fenómeno de la desistencia, que supone el cese de la incongruencia de género manifestada durante la infancia cuando la persona alcanza la adolescencia o edad adulta, sin diferenciar entre los supuestos en los que el sujeto haya iniciado la transición o no<sup>8</sup>.

Pues bien, cuando se da la detransición a pesar de que la persona sigue considerándose transgénero, diferentes estudios indican que las causas que pueden motivar la

<sup>4</sup> COLEMAN, Eli et al., «Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People», Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, 2022, p. 252.

<sup>5</sup> BECERRA FERNÁNDEZ, Antonio, «Disforia de género/incongruencia de género: transición y detransición, persistencia y desistencia», *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Vol. 67, Núm. 9, 2020, p. 560. Una definición distinta de la detransición puede encontrarse en los «Estándares de cuidado/atención para la salud de las personas transgénero o de género diverso» de la *World Professional Association for Transgender Health*—«WPATH»— como «un término a veces usado para describir la *retransición* de un individuo al género estereotípicamente asociado a su sexo asignado al nacer». Por su parte, por «retransición» se entiende «la segunda o siguiente transición de género a través de medidas de tipo social, médico o legal. La retransición puede darse desde un género binario o uno no binario a otro género binario o no binario. La gente puede detransicionar más de una vez. La retransición puede ocurrir por diversas razones, incluyendo aquellas relativas a identidades de género, preocupaciones sobre la salud, la familia o sociales, y problemas financieros» —Vid., COLEMAN, Eli, et al., op. cit., p. 252—.

<sup>6</sup> Según el art. 3.j) de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, la persona trans es aquella «cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer».

<sup>7</sup> EXPÓSITO-CAMPOS, Pablo, «A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47:3, 2021, p. 271.

<sup>8</sup> GÓMES-PORRAS, Mariana et al., «Incongruencia de género: detransiciones y arrepentimientos», *Revista desexología*, Vol. 9, Núm. 1, 2020, p. 9; EXPÓSITO-CAMPOS, Pablo, op. cit., p. 273; BECERRA FERNÁNDEZ, Antonio, «Disforia de género/incongruencia de género: transición y de transición, persistencia y desistencia», *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Vol. 67, Núm. 9, 2020, p. 560.

detransición pueden ser la preocupación por el impacto del tratamiento médico en la salud o bien por concurrir efectos secundarios adversos, por la ausencia de apoyo social, familiar o de la pareja y, por último, por la insatisfacción respecto de los resultados obtenidos con el proceso de transición<sup>9</sup>.

Pero, como se ha indicado, la detransición puede también iniciarse cuando la persona deja de considerarse transgénero. A este respecto, Expósito-Campos extrae de la literatura científica las distintas posibles causas que pueden motivar dicha modalidad de detransición; así, por ejemplo, cuando: a) la reasignación de género no alivia la discordancia de género, b) se descubre una forma alternativa de abordar la discordancia de género, c) existe preocupación acerca de la salud mental, d) se hubiesen solucionado problemas psicológicos o emocionales previos que pudieron haber repercutido en la discordancia de género, e) remisión de la discordancia de género, f) se hayan descubierto traumas pasados u otras dificultades psicológicas que repercutieron en la discordancia de género, g) el cambio en las creencias de la persona que repercuten en la consideración de la propia discordancia de género o, h) supuestos en los que concurre un desorden del espectro autista<sup>10</sup>.

En definitiva, la detransición no tiene por qué implicar el arrepentimiento de la transición o reasignación de género efectuada en todo caso<sup>11</sup>, pero sí el cese de dicho tratamiento médico y, según los casos, el deseo de revertir los efectos derivados del mismo.

## 2. PLANTEAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DERIVADOS DE LA REASIGNACIÓN DE GÉNERO Y «LEX ARTIS»

### 2.1. Punto de partida

De acuerdo con el testimonio de Keira Bell en la Sentencia [2020] EWHC 3274 (Admin) durante el procedimiento judicial iniciado a instancia de ésta y de «Mrs. A» contra «The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust» en Reino Unido, Keira Bell, al haber transicionado de mujer a hombre habiendo bloqueado su pubertad y después recibiendo terapia hormonal cruzada y haberse realizado una doble mastectomía,

<sup>9</sup> GÓMES-PORRAS, Mariana et al., op. cit., p. 12; EXPÓSITO-CAMPOS, Pablo, op. cit., p. 271; ROBERTS, Christinta M., et al., «Continuation of Genderaffirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 107, 2022, p. e3937.

<sup>10</sup> EXPÓSITO-CAMPOS, Pablo, op. cit., p. 272.

<sup>11</sup> MORAL-MARTOS, Amadora, et al., «Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso», *Anales de Pediatría*, Vol. 96, Núm. 4, 2022, p. 349.e3.

decide detransicionar al llegar a la conclusión de que, a pesar del tratamiento médico, seguía notando diferencias manifiestas entre ella y los «hombres biológicos» que la rodeaban, que sus expectativas sobre su imagen siendo hombre no se correspondían con la realidad y eran inalcanzables, que tendría que tomar medicación durante el resto de su vida y, además, debería realizarse una histerectomía debido a que el tratamiento hormonal cruzado —en este caso, el consumo de testosterona— provocaría la deformación de sus órganos sexuales femeninos.

En principio, si el consentimiento fue informado y los profesionales médicos actuaron de acuerdo con la «*lex artis*», la amputación de las mamas por medio de la mastectomía, los efectos secundarios e irreversibles como la esterilidad o la afectación de órganos vitales a consecuencia del tratamiento farmacológico —como la terapia hormonal cruzada—, no tendrían la consideración de daños indemnizables. Lamentablemente, la antes citada Sentencia [2020] EWHC 3274 (Admin) y la posterior Sentencia [2021] EXCA Civ 1363 que la recurre se dedican a la decisión acerca de si los menores de edad tienen capacidad suficiente para prestar válidamente su consentimiento al tratamiento médico dirigido a la transición o reasignación de género, por lo que no es posible tomar tales sentencias como referencia en lo que respecta a la diligencia médica en los supuestos que nos ocupan.

Como se expondrá más adelante, sobre la referida diligencia médica, no es del todo claro que algunas medidas que se han ido adoptando en relación con los criterios a emplear para la iniciación del tratamiento médico de transición o reasignación de género sean acordes con el estado de la ciencia, por lo que podría ponerse en entredicho la actuación médica en determinados supuestos por contravención de la «*lex artis*» y, en consecuencia, apreciarse la responsabilidad por daños derivada del tratamiento para la reasignación de género cuando la persona que ha recibido dicho tratamiento desea detransicionar. Es decir, no nos encontramos ante un supuesto en el que simplemente se produce la materialización de alguno de los riesgos típicos que derivan de la transición o reasignación de género, sino ante el rechazo de un tratamiento ya iniciado, y a veces concluido, que en realidad no era la medida adecuada en un caso concreto y, en consecuencia, cuyos efectos podrían haber sido evitados.

Es sabido que la apreciación de responsabilidad sanitaria exige la concurrencia de culpa, que en el ámbito sanitario se puede definir como «la infracción por parte del médico o del cirujano, de algún deber propio de su profesión, y, más concretamente, del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del

lugar»<sup>12</sup>. Y la diligencia objetivamente exigida a la que se alude se determina a través de la «*lex artis*»<sup>13</sup>, lo que, en los supuestos que nos ocupan, requiere la averiguación de si el procedimiento seguido para el inicio del tratamiento médico de transición o reasignación de género ha sido adecuado.

## 2.2. La «*lex artis*» en los tratamientos médicos para la transición o reasignación de género

Se define la «*lex artis*» en el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico como «el conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio». Por su parte, desde la doctrina se ha defendido que en materia sanitaria la «*lex artis*» resulta ser una expresión de carácter multívoco que puede referirse: a) al nivel de diligencia exigido en consonancia con el estado de la ciencia de cada momento; b) a la «*lex artis ad hoc*», conforme al momento, lugar y recursos a disposición del profesional para la práctica médica de acuerdo con las guías y decisiones de los comités hospitalarios; c) a la «*lex artis*» relativa a la actuación más adecuada para un paciente en particular<sup>14</sup> —aunque esta configuración de la «*lex artis*» ha sido criticada, por ejemplo, en el sentido de que los conocimientos médicos constituyen una categoría diferente a lo que se entiende por «*ars*»<sup>15</sup>—.

Coincidiendo parcialmente con los distintos significados de «*lex artis*» antes aludidos, en la STS (1ª) 9 julio 2009 (ROJ: STS 4673/2009), se reproduce la doctrina jurisprudencial relativa al significado y alcance de la «*lex artis ad hoc*» en el ámbito sanitario, entendiéndola como un «criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico ejecutado por el profesional de la medicina, en cuanto comporta no sólo el cumplimiento formal y protocolar de las técnicas previstas con arreglo a la ciencia médica adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y la precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención» —vid., asimismo, la STS (1ª) 24 octubre 2008 (ROJ: STS 5536/2008)—.

<sup>12</sup> ATAZ LÓPEZ, Joaquín, *Los médicos y la responsabilidad civil*, Montecorvo, Madrid, 1985, p. 290.

<sup>13</sup> LLAMAS POMBO, Eugenio, «Doctrina general de la llamada culpa médica», en *Estudios sobre la responsabilidad sanitaria: un análisis interdisciplinar*, La Ley, España, 2014.

<sup>14</sup> MARTÍN LEÓN, Antonio, «Lex artis y protocolos médicos», en *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*, Dykinson, Madrid, 2009, pp. 466 y 467.

<sup>15</sup> ALONSO PÉREZ, Mariano, «La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (en torno a la “lex artis”）」, en *Perfiles de la Responsabilidad Civil en el Nuevo Milenio*, Dykinson, Madrid, 2000, p. 39.

Pues bien, en el contexto de este trabajo es de interés la distinción realizada por Ortiz Fernández, en cuanto a que en el ámbito sanitario pueden diferenciarse dos modalidades de «*lex artis*». «Por un lado, aquella relacionada con la propia ejecución de la intervención, que se vincula con el estado de la ciencia (que denominaremos *lex artis* tradicional). Por otro lado, la (*nova*) *lex artis* referida al consentimiento informado que supone el cumplimiento de los deberes de información y consentimiento»<sup>16</sup>. Así pues, como señala Seoane, la «*lex artis*» cuenta con una dimensión ética gracias a la incorporación jurisprudencial de los deberes de información y la obtención del consentimiento informado al concepto de «*lex artis*»<sup>17</sup>.

En cuanto a la responsabilidad derivada de los tratamientos médicos dirigidos a la reasignación de género y las modalidades de «*lex artis*» aludidas, se distinguen tres supuestos diferentes en los que puede identificarse un incumplimiento de la «*lex artis*». En primer lugar, acerca de la «*lex artis*» tradicional, relativa al estado de la ciencia, se plantea si el abordaje que hoy día llevan a cabo algunos profesionales en los supuestos de reasignación de género es acorde con el estado de la ciencia actual. Ya que en los casos de detransición, cuando se demuestre que la discordancia de género manifestada tuvo su origen en un evento traumático o en un trastorno emocional o intelectual, podría apreciarse un error de diagnóstico y una mala praxis profesional — como se verá, el hecho de que se hubiese seguido el protocolo o guía de atención médica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma que corresponda no implica el descarte de la infracción de la «*lex artis*»—.

Por otro lado, en cuanto a la «*lex artis*» referida al cumplimiento de los deberes de información y la prestación de un consentimiento válido, cabe preguntarse si el cumplimiento de los deberes de información exige que se proporcione la información relativa a los supuestos de detransición —tanto en cuanto a su incidencia como a sus causas e implicaciones—; aparte de si la información suministrada sobre los posibles efectos adversos y los efectos irreversibles del tratamiento dirigido a la transición o reasignación de género era clara y suficiente. Y en lo que respecta a la validez del consentimiento, ha de plantearse si el abordaje actual de la discordancia de género, cuando se haya eliminado la inicial evaluación psicológica, podría conllevar que el consentimiento no se ajuste a lo previsto en el art. 3 de la 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 —«Ley 41/2002» en lo

<sup>16</sup> ORTIZ FERNÁNDEZ, Manuel, *El consentimiento informado en el ámbito sanitario: responsabilidad civil y derechos constitucionales*, Dykinson, Madrid, 2021, p. 47.

<sup>17</sup> SEOANE, José Antonio, «Lex artis», *Anuario de Filosofía del Derecho*, Núm. 38, 2022, p. 287

sucesivo—, que define el consentimiento informado como «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». Este último supuesto está relacionado, no sólo con la eliminación de las evaluaciones psicológicas al inicio del tratamiento médico para la reasignación de género, sino también con el reconocimiento de la autodeterminación de género equiparada a una especie de «autodiagnóstico» de la propia persona solicitante del tratamiento.

Así pues, aparte de las distintas manifestaciones de la «*lex artis*», dadas las particularidades de los tratamientos de transición o reasignación de género y los intereses de corte ideológico y político contrapuestos, para la concreción del contenido de la «*lex artis*» en estos casos es necesario considerar, de una parte, distintos aspectos de naturaleza legal y protocolaria y, de otra, cuestiones médicas de relevancia como los efectos secundarios y los efectos irreversibles derivados de los tratamientos médicos que nos ocupan. De este modo, se abordarán circunstancias tales como la despatologización de la discordancia de género, la consiguiente eliminación de una evaluación psicológica al inicio del tratamiento, el valor jurídico de los protocolos médicos y guías de atención sanitaria, el hecho de que pueden darse distintos rasgos en el solicitante del tratamiento médico para la reasignación de género que pueden afectar a la validez del consentimiento prestado para su inicio<sup>18</sup>, la irreversibilidad de parte de los efectos del tratamiento, los posibles efectos secundarios y el hecho de que aún se desconocen otros posibles efectos adversos a medio y a largo plazo.

### 3. ASPECTOS LEGALES Y PROTOCOLARIOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA «*LEX ARTIS*» EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PARA LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO

#### 3.1. *Autodeterminación de género en la legislación española*

De conformidad con el art. 3.h) de la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI —en adelante «Ley 4/2023»—, la identidad sexual es la «vivencia interna e individual del sexo tal y como cada persona la siente y autodefine, pudiendo o no corresponder con el sexo asignado al nacer», definiéndose a continuación, en la letra j) del mismo artículo que la persona trans es aquella «cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer».

<sup>18</sup> Recuérdese la noción de consentimiento informado legalmente previsto en nuestro ordenamiento jurídico que, de conformidad con el art. 3 de la Ley 41/2002.

En esta norma no se proclama expresamente la autodeterminación de género como derecho, sino que se puede entender implícito en artículos como el art. 44.3 de la Ley 4/2023, según el cual «[e]l ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico relativo a la disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento, ni a la previa modificación de la apariencia o función corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole». De tal manera que el ejercicio de dicho derecho se hace depender de la identidad sexual definida en el art. 3.h) de la ley que nos ocupa.

Ahora bien, a diferencia de la reciente norma estatal, en las normas autonómicas que regulan distintas cuestiones relacionadas con la transexualidad sí es posible encontrar el reconocimiento expreso del derecho a la autodeterminación de género. Siguiendo un orden cronológico, la norma autonómica vigente de más antigüedad en la que se prevé la autodeterminación de género como derecho es la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales del País Vasco, en cuyo párrafo segundo de su art. 3 se prevé que «la consideración de persona transexual se regirá por el derecho a la libre autodeterminación de la identidad sexual. Este derecho no podrá ser limitado, restringido, dificultado o excluido debiendo interponerse y aplicarse las normas siempre a favor del libre y pleno ejercicio del mismo».

En segundo lugar, hallamos la 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, que en los apartados 2 y 3 de su art. 2 establece que toda persona tiene derecho «[a]l reconocimiento de su identidad de género, libremente determinada» y «[a]l libre desarrollo de su personalidad conforme a su identidad de género, libremente determinada». Según se indica en la parte expositiva de la norma andaluza, la autodeterminación de género implica, entre otras cosas, que las personas puedan modificar, «mediante los recursos sanitarios disponibles el propio cuerpo para conseguir una apariencia lo más congruente posible con el sexo-género con el que se identifica».

Si acudimos al art. 6.c) de la Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia de las Islas Baleares, en él se dispone que «toda persona tiene derecho a construirse una autodefinición con respecto a su cuerpo, sexo, género y orientación sexual»; además, en la letra g) del mismo artículo se prevé que «[n]inguna persona podrá ser obligada a

someterse a ningún tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodeterminación de género» —en el mismo sentido se expresa el art. 20.2 de la Ley 2/2021, de 7 de junio, igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales de la Comunidad Autónoma de Canarias —. Asimismo, en el art. 22 de la norma balear se dispone que la autodeterminación de género es uno de los principios a respetar por el protocolo de atención integral para las personas transexuales.

De conformidad el art. 3.1.b) de la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura, dicha norma se fundamenta, entre otros, en el principio consistente en el reconocimiento de la personalidad, en el sentido de que «toda persona tiene derecho a construir para sí una autodefinición con respecto a su cuerpo, identidad, género y orientación sexual», siendo la identidad de género «uno de los aspectos fundamentales de autodeterminación, dignidad y libertad» —asimismo, vid., el art. 3.1.b) de la Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; art. 4.1.b) de la Ley Foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+; el art. 3.d) de La Ley 18/2018, de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón; el art. 4.1.a) de la Ley 2/2021, de 7 de junio, igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales de la Comunidad Autónoma de Canarias—.

En lo que respecta a la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, el art. 1.1 define la identidad sexual y/o de género como «[l]a 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, (...)»; mientras que persona trans es, según el segundo apartado del mismo artículo, «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. (...)». Por otro lado, el art. 3 de la misma norma, establece que su objeto, entre otros, es el «reconocimiento de su identidad de género libremente manifestada» el «libre desarrollo de la personalidad acorde a la identidad o expresión de género libremente manifestada sin sufrir presiones o discriminación por ello»—en términos muy parecidos se expresan los

arts. 4.1 y 2 y 5.1.a) y b) de la Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana—. Cabe destacar que el art. 4 de la norma madrileña se dedica en exclusiva al «reconocimiento del derecho a la identidad de género libremente manifestada», de manera que en su apartado primero se reconoce el derecho a que cada persona construya «para sí una autodefinición con respecto a su cuerpo, sexo, género y su orientación sexual».

Otra norma autonómica en la que se reconoce el derecho a la autodeterminación de género es la Ley 8/2020, de 11 de noviembre, de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género de Cantabria, que en el art. 4.2.b) establece la libre autodeterminación sexual y de género de las personas será garantizada por medio del «reconocimiento de su identidad sexual o identidad de género, libremente determinada».

En cambio, de manera menos directa en comparación con otras legislaciones autonómicas, el art. 6.2.b) de la Ley 5/2022, de 6 de mayo, de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI en Castilla-La Mancha, prevé la garantía del libre desarrollo de la personalidad de las personas en cuanto a su diversidad sexual a través del respeto, entre otras cosas, de la «expresión de género, libremente desarrollada» —no «determinada», sino «desarrollada»—.

Finalmente, no se reconoce expresamente el derecho a la autodeterminación de género en la 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 de Cataluña, y de la Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia.

### *3.2. Eliminación de las evaluaciones psicológicas en los Protocolos y Guías de atención sanitaria*

#### *3.2.1. Despatologización de la discordancia de género y evaluaciones psicológicas*

Desde la versión de febrero de 2022 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud —«CIE-11»—, la discordancia de género ha dejado de ser considerada una patología o trastorno mental o del comportamiento

para pasar a ser una «condición» de la persona<sup>19</sup>. Ahora bien, aunque en los «Estándares de cuidado/atención para la salud de las personas transgénero o de género diverso» de la *World Professional Association for Transgender Health* —por sus siglas, «WPATH»— también se reconoce la despatologización de la discordancia de género, en dicho documento se realiza una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento médico para la reasignación de género, tanto para las personas adultas que lo soliciten como para los menores de edad que así lo requieran. Entre las recomendaciones para los tratamientos destinados a personas adultas, se hallan las siguientes: únicamente recomendar el tratamiento médico para la reasignación de género a la persona que lo solicite cuando la discordancia de género sea marcada y duradera, identificar y excluir otras posibles causas de la aparente discordancia de género antes de iniciar los tratamientos y asegurarse de que cualquier enfermedad o trastorno mental que pueda impactar negativamente en el resultado del tratamiento médico para la reasignación de género ha sido evaluada, habiéndose discutido los riesgos y beneficios, antes de que se adopte una decisión sobre dicho tratamiento<sup>20</sup>.

En particular, sobre la necesidad de identificar y excluir otras posibles causas de la aparente discordancia de género, se explica en el mismo texto que en la persona solicitante del tratamiento puede darse un trastorno o *condición*<sup>21</sup> que puede ser confundido con la discordancia de género, por lo que puede producirse cierta ambigüedad en relación con el diagnóstico, de tal forma que es importante la realización de una evaluación más detallada y completa<sup>22</sup>. Por otro lado, en lo concerniente a la evaluación relativa a posibles trastornos mentales, dicha recomendación es justificada por la WPATH indicando, con acierto, que, al igual que las

<sup>19</sup> Es importante tener presente que el vocablo «condición», por influencia de la lengua inglesa, está siendo empleado de manera errónea en nuestro país como sinónimo de «enfermedad». Entre las distintas acepciones del término, encontramos: «hecho, situación o circunstancia cuyo cumplimiento es indispensable para que se verifiquen otros», «índole o naturaleza de una cosa» o «carácter o manera de ser de una persona». Puede consultarse el significado de dicha palabra en el «Diccionario de Términos Médicos» a través del siguiente enlace web:

[http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL\\_BUS=3&LEMA\\_BUS=condici%C3%B3n](http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=condici%C3%B3n)

<sup>20</sup> COLEMAN, Eli et al., op. cit. p. 32. Dice así el texto original: «5.3.a- Only recommend gender-affirming medical treatment requested by a TGD person when the experience of gender incongruence is marked and sustained. (...) 5.3.c- Identify and exclude other possible causes of apparent gender incongruence prior to the initiation of gender-affirming treatments. 5.3.d- Ensure that any mental health conditions that could negatively impact the outcome of gender-affirming medical treatments are assessed, with risks and benefits discussed, before a decision is made regarding treatment. (...)».

<sup>21</sup> En el texto original se emplea el término inglés «*condition*».

<sup>22</sup> Idem, pp. 36-37.

personas que no presentan discordancia de género, las personas que sí tienen dicha condición pueden tener problemas de salud mental<sup>23</sup>.

Asimismo, podemos hallar distintas recomendaciones para cuando el tratamiento médico dirigido a la reasignación de género sea solicitado por menores de edad. En estos supuestos se requiere, entre otras cuestiones, que la discordancia de género sea marcada y sostenida en el tiempo, que el adolescente demuestre tener la madurez emocional y cognitiva para prestar su consentimiento informado y la evaluación de los problemas de salud mental (si los tuviere) que puedan interferir en la claridad del diagnóstico y la capacidad para consentir<sup>24</sup>.

Como puede comprobarse, en relación con las recomendaciones para los profesionales sanitarios en la iniciación del tratamiento médico para la reasignación de género, ya sea una persona adulta o bien un adolescente el solicitante, el hecho de que la discordancia de género no tenga la consideración de patología no se traduce en la eliminación de la preocupación por todos aquellos trastornos mentales o emocionales que puedan afectar: a) al diagnóstico de la discordancia de género; b) al resultado del tratamiento médico de reasignación de género; c) a la capacidad para consentir. En este sentido, también la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos, en su «Guías para las personas con disforia/discordancia de género: Una guía de práctica clínica de la Sociedad de Endocrinología», indica que la discordancia de género puede ir acompañada de problemas psicológicos o psiquiátricos, por lo que es necesario que los profesionales médicos tengan la formación adecuada en psicología y psiquiatría en relación con la discordancia de género, pues se recomienda que el inicio del tratamiento de transición o reasignación de género se realice una vez que se cuente con un diagnóstico que acredite la concurrencia de discordancia de género. Es más, en lo que respecta a los menores de edad, se advierte de que el profesional que habrá de llevar a cabo el diagnóstico de la discordancia de género deberá contar con demostrada experiencia en el ámbito del desarrollo de la identidad de género ya que dicho diagnóstico en menores de edad es extremadamente complejo<sup>25</sup>.

<sup>23</sup> Idem, p. 37.

<sup>24</sup> Idem, p. 48. El texto original dice así: «6.12.b- The experience of gender diversity/incongruence is marked and sustained over time. 6.12.c- The adolescent demonstrates the emotional and cognitive maturity required to provide informed consent/assent for the treatment. 6.12.d- The adolescent's mental health concerns (if any) that may interfere with diagnostic clarity, capacity to consent, and gender-affirming medical treatments have been addressed».

<sup>25</sup> HEMBREE, WYLIE C., et al., «Guidelines on Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, November 2017, Vol. 102, Issue 11, pp. 3870, 3872, 3876-3879.

### 3.2.2. Evaluaciones psicológicas en protocolos y guías de atención sanitaria autonómicas

En nuestro país, la despatologización de la transexualidad se ha materializado en que algunas normas y protocolos o guías de atención sanitaria elaboradas por los servicios públicos de salud autonómicos han pasado a eliminar o no incluir las evaluaciones psicológicas al inicio del tratamiento médico dirigido a la transición o reasignación de género, siendo sustituidas por el ofrecimiento del mero acompañamiento psicológico durante el proceso de transición o reasignación de género. Es decir, en estos supuestos, la despatologización de la discordancia de género se ha traducido en la exclusión de toda posibilidad de detección de un trastorno o enfermedad mental o emocional que repercuta negativamente en la decisión relativa a la iniciación de tal tratamiento médico o bien en los resultados del mismo. No debe olvidarse lo que la propia WPATH advierte en sus recomendaciones en cuanto a que todas las personas, tengan o no discordancia de género, pueden ser susceptibles de presentar una enfermedad o trastorno mental o emocional.

Pues bien, la aludida eliminación de las evaluaciones psicológicas en los protocolos elaborados por las comunidades autónomas se produce, por ejemplo, en el «Protocolo de Atención a las Personas Transexuales en el Servicio Cántabro de Salud» del año 2018, en el que se hace una referencia a la atención psiquiátrica en pediatría, sin aportar ninguna otra información más aparte de la existencia de dicha modalidad de atención, aunque se ofrece atención psicosexual para quien así lo precise. Otro ejemplo es el del documento que recoge el «Proceso Asistencial Integrado para la Atención sanitaria a personas transexuales adultas de Andalucía» del año 2016, en el que se ofrece acompañamiento psicoemocional durante el tratamiento y, de otra parte, como recomendación consta la de no establecer como requisito previo a la terapia hormonal la valoración por la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC); misma recomendación de no hacer que se encuentra recogida en el protocolo andaluz dedicado a los menores de edad con discordancia de género. Ahora bien, en el caso de los menores de edad, en las valoraciones iniciales se recomienda la realización de entrevistas para la detección de ansiedad, depresión, trastorno del espectro autista; asimismo, una vez en la unidad de endocrinología, «[s]i se han detectado señales de alarma, factores de riesgo psicopatológicos, señales de alerta de salud mental infanto-juvenil en atención primaria o dudas sobre la autenticación de la identidad sexual, se establecerá colaboración con profesionales de salud mental, con el objeto de coordinar y participar en las decisiones de las intervenciones a realizar».

En cambio, en otras comunidades autónomas se ha optado por un criterio más prudente. Así, por ejemplo, en el «Protocolo de Atención Integral a Personas Trans\* en el Servicio Extremeño de Salud» del año 2019, en los supuestos tanto de personas adultas como de menores de edad, desde Atención Primaria se derivará al Equipo de Salud Mental de referencia ante sospecha de psicopatología. Por otro lado, en lo que respecta a la Atención Psicosocial en los adultos, los profesionales de la salud mental explorarán signos y síntomas compatibles con problemas mentales y, además, evaluarán la capacidad cognitiva y volitiva de la persona para concretar su capacidad de cara a la prestación de su consentimiento informado para la iniciación de los tratamientos médicos de reasignación de género.

Asimismo, de manera muy acertada, en la «Guía de Atención Integral a las personas en situación de transexualidad del País Vasco» del año 2016 se indica que «[n]o existe prueba médica objetiva que pueda determinar esa condición [la discordancia de género]. Por lo tanto, es fundamental asegurar que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (psicopatología). Por eso, también es preciso analizar y despistar posibles (aunque raros) procesos psicopatológicos que puedan alterar o distorsionar ese relato (por ejemplo, los trastornos de personalidad que nombra la Ley 14/2012)». Continúa dicho documento argumentando que «[e]l despistaje de enfermedad o trastorno mental es necesario hacerlo por dos motivos: para autenticar que el relato de la persona no está condicionado por posibles patologías y para, en caso de detectarlas, tratarlas. Hacer una valoración psicopatológica, no obedece, por tanto, a la consideración de la transexualidad como un hecho psicopatológico en sí mismo». El art. 9.2 de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales, dispone que, [e]n materia de atención psicológica y psicoterapéutica, la guía clínica a aplicar deberá promover que la persona transexual consiga la entereza emocional necesaria para vivir en el rol del género asumido, con una valoración realista de las posibilidades y limitaciones que le ofrece el tratamiento corporal, (...)».

También con buen criterio, el «Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans\* de Canarias» del año 2019 prevé que cuando se vaya iniciar un tratamiento médico de carácter irreversible, dado que es necesario el consentimiento informado, «el/la psicólogo/a clínico/a de la UAT valorará el estado de la persona y su capacidad para asumir procedimientos de carácter irreversible».

En cuanto al «Protocolo Regional de Atención Sanitaria a Personas Trans de Murcia» del año 2020, en dicho documento parece que se adopta una postura intermedia, pues

en él se especifica que «[l]as derivaciones desde AP a Salud Mental (SM) solo se realizarán en aquellos casos en los que se aprecie psicopatología susceptible de ser tratada en los servicios de SM y siempre de forma consensuada con el paciente». Así, continúa señalando que «si son remitidos a SM no es porque la transexualidad sea un trastorno mental, sino porque las personas Trans, como cualquier persona pueden solicitar acompañamiento psicológico». Si bien no es requisito necesario la elaboración de un informe de Salud Mental para iniciar el tratamiento hormonal.

### 3.2.3. Evaluaciones psicológicas en protocolos y guías de atención sanitaria en el ámbito de la investigación

En la literatura científica, a favor de la ausencia de evaluación psicológica al inicio del tratamiento médico se ha argumentado, por ejemplo, que, en lo referido a la anamnesis en la persona trans menor de edad, «[u]na enfermedad mental si está razonablemente controlada no es contraindicación del tratamiento. El inicio del tratamiento hormonal mejora la ansiedad y la depresión, sobre todo si el adolescente desea dicho tratamiento para adecuar su aspecto físico». Sin embargo, dicha afirmación se sustenta en distintas investigaciones que terminan reconociendo la ausencia de evidencia científica acerca de los efectos a largo plazo de los tratamientos hormonales<sup>26</sup>, aparte de que la mejora psicológica puede no producirse, ya que uno de los efectos adversos frecuentes de los bloqueadores de pubertad son los cambios de humor y los síntomas depresivos<sup>27</sup>.

Otro protocolo proveniente del ámbito científico es el diseñado por Guerrero-Fernández y Mora Palma, según el cual, debido a la parcial irreversibilidad del tratamiento hormonal cruzado, se recomienda su inicio «después de que un equipo

<sup>26</sup> MORAL-MARTOS, Amadora, et al., op. cit., p. 349.e4. Sobre la primera afirmación relativa al control razonable de la enfermedad mental, los autores del artículo que se cita se basan en la versión del año 2012 de los «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People» de la WPATH. Además, otro trabajo en que se sustenta la segunda de las afirmaciones reconoce que, a pesar de los beneficios psicológicos que derivan de la administración de bloqueadores de pubertad a adolescentes, apenas se dispone de datos que corroboren los beneficios en la salud a largo plazo, T'SJOEN, Guy, et al., «Endocrinology of Transgender Medicine», *Endocrine Reviews*, Vol. 40, Issue 1, 2019, p. 112. En otro de los trabajos citados se admite que los efectos de los bloqueadores de pubertad en la ansiedad y la ira siguen siendo inconclusos; así, CHEW, Denise, et al., «Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review», *Pediatrics*, Vol. 141, Issue 4, 2018, p. 14. Por último, se cita el trabajo de LÓPEZ DE LARA, Diego, et al., «Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero», *Anales de Pediatría*, Vol. 93, Núm. 1, 2020, p. 46, en el que se indica que en la unidad de endocrinología infantil de la que se han extraído los datos para dicho estudio se tratan a pacientes con, precisamente, «ausencia de comorbilidad psiquiátrica que interfiera con un sentimiento de disforia de género».

<sup>27</sup> Vid. *Infra*.

multidisciplinar con un experto en salud mental haya confirmado la persistencia de IG/DG y reconozca suficiente capacidad mental para dar el consentimiento informado, (...)», en el sentido de que se confirme la capacidad suficiente para prestar consentimiento válido y que en el supuesto de que concurren problemas psicológicos que puedan interferir en el tratamiento, el experto ha de confirmar que la situación y funcionamiento del adolescente son lo suficientemente estables como para iniciar dicho tratamiento<sup>28</sup>.

De este modo, si se aprecia una falta de consenso en los protocolos y guías de atención sanitaria emitidos por las autoridades sanitarias competentes en nuestro país, tanto igual sucede en el campo científico. Asimismo, también se evidencia que, según la postura que se adopte, no es necesario eliminar la evaluación psicológica al inicio del tratamiento médico para transición o reasignación de género para su prescripción a pesar de la existencia de una enfermedad o trastorno mental o emocional.

#### 3.2.4. Sobre la obligatoriedad de la prestación sanitaria especializada a personas con discordancia de género

En un trabajo en el que se recopilan las demandas de los profesionales sanitarios de las Unidades de Género obtenidas en las jornadas de trabajo del grupo GIDSEEN entre los años 2016 y 2019, se indica que los profesionales de la salud consideran que «la demanda de autodeterminación de género y, en consecuencia, de tratamiento, “obliga” al profesional endocrinólogo, pediatra, ginecólogo o cirujano a realizar una actuación médica o a prescribir un tratamiento hormonal o quirúrgico sin incorporar una evaluación previa por algún profesional de la Salud Mental con experiencia, aún en los casos en que un especialista del equipo tenga dudas sobre el beneficio del tratamiento en ciertas personas, o incluso desaconseje esta intervención»<sup>29</sup>.

No obstante, antes de eximir de responsabilidad a los profesionales médicos con motivo de la referida «obligación», es necesario recordar, en lo que a la responsabilidad jurídica concierne, que la ley no «impone» la iniciación del tratamiento dirigido a la reasignación de género en supuestos en los que sea médicamente desaconsejable.

<sup>28</sup> GUERRERO-FERNÁNDEZ, Julio/MORA PALMA, Cristina, «Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Vol. 11, Suppl. Nº 1, 2020, p. 108.

<sup>29</sup> GÓMEZ-GIL, Esther, et al., «Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones», *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 94, 2020, p. 6.

Aunque es cierto que parece conservarse en muchos protocolos autonómicos la previsión de una evaluación psicológica al inicio del tratamiento médico para la transición o reasignación de género y para la confirmación de que se tienen las aptitudes necesarias para la prestación del consentimiento informado, también es cierto que puede preverse en distintas normas y protocolos autonómicos, con base en la autodeterminación de género y la despatologización de la discordancia de género, que la prestación de asistencia sanitaria especializada no se hará depender de la superación de una evaluación psicológica previa. A este respecto, sirve de ejemplo el art. 13.2.e) de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y de Expresión de Género e Igualdad Social y No Discriminación de la Comunidad de Madrid, el cual dispone que no cabe «condicionar la prestación de asistencia sanitaria especializada a que previamente se deban someter a examen psicológico alguno» —también el art. 15.7.i) de la Ley Foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+; de forma similar en el art. 14.3 de la Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia—.

Ahora bien, una cosa es prohibir el requisito consistente en la superación de un examen psicológico previo para el acceso a la «atención sanitaria especializada» —que abarca un buen número de tratamientos diferentes, no solamente aquellos que de modo directo implican la transición o reasignación de género con posibles graves efectos secundarios y efectos irreversibles—, y otra muy distinta es la prohibición de realizar una evaluación psicológica al iniciar específicamente el tratamiento médico dirigido a la reasignación de género —evaluación que, además, podría desaconsejar su continuación, al menos, temporalmente—.

### *3.3. Especial atención al valor jurídico de los Protocolos y Guías de atención sanitaria en la determinación de la «lex artis»*

Según Galán Cortés, los protocolos médicos «responden a la cristalización escrita de criterios de prudencia, sin que constituyan verdades absolutas, universales, únicas y obligatorias en su cumplimiento, pero permiten habitualmente definir los que se considera, en ese estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta, fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas, lo que equivale a “positivizar” o

codificar la *lex artis*»<sup>30</sup>. Como bien indica el autor que se cita, gracias a los protocolos médicos las decisiones médicas, según la circunstancia de que se trate, ya han sido adoptadas por los profesionales de la medicina encargados de su elaboración. Ahora bien, a pesar de que tales protocolos suelen ser consensuados y que proporcionan seguridad en el ejercicio de la medicina, los protocolos médicos tienen un valor meramente orientativo, en el sentido de que no obligan a jueces y tribunales en la toma de sus decisiones —aunque pueden ostentar un gran valor orientativo— y tampoco limitan la libertad de los médicos en la toma de sus decisiones. Por tanto, el contenido de los protocolos médicos no es jurídicamente obligatorio<sup>31</sup>.

Respecto del valor de los protocolos médicos en lo que a la práctica médica se refiere, el art. 4.7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que las profesiones sanitarias se ejercitarán «con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios: (...) b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar». Así pues, de dicho apartado b) del art. 4.7 de la referida norma se deriva lo siguiente: en primer lugar, efectivamente, el valor orientativo de los protocolos y, de otra parte, que éstos deberán estar basados en la evidencia científica.

Como se verá, existe poca evidencia científica en lo concerniente a los tratamientos médicos dirigidos a la transición o reasignación de género —sobre todo cuando se trata de los efectos que a medio y a largo plazo puedan tener tales tratamientos—, a lo cual han de sumarse los intereses ideológicos de distinto signo en esta materia. De este modo, a la hora de entrar a valorar la posible responsabilidad médica en los supuestos de detransición, aparte de que es posible la estimación de responsabilidad cuando la actuación médica se hubiese ajustado a los protocolos —recordemos que los protocolos sólo tienen valor orientativo—, debe tenerse en cuenta que es necesaria la revisión de los referidos protocolos y guías de atención sanitaria aplicados a cada caso

<sup>30</sup> GALÁN CORTÉS, Julio César, *Responsabilidad Civil Médica*, Civitas, Cizur Menor, 2016, p. 252.

<sup>31</sup> GALÁN CORTÉS, Julio César, op. cit., pp. 253-255; SILLERO CROVETTO, Blanca, *Responsabilidad médica*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013, pp. 169-171; MARTÍN LEÓN, Antonio, op. cit., p. 480; SEOANE, José Antonio, op. cit., pp. 295-296.

concreto a los efectos de comprobar si efectivamente reflejan la evidencia científica del momento en que hubieron de ser aplicados.

Es más, según Martín León, las denominadas «prácticas de opinión» no componen la *lex artis*, ya que no dejan de ser teorías acerca de las que la opinión científica se encuentra dividida, a pesar de ser *estimadas y aceptadas*<sup>32</sup>, lo que nos recuerda a lo que en materia de Derecho de contratos se afirma en cuanto a que «los contratos son lo que son y no lo que las partes dicen que son» —STS (1ª) 18 diciembre 2019 (ROJ: STS 4188/2019)—. Es decir, si un protocolo médico no refleja el consenso científico sobre la materia, en realidad, no debe ser considerado como tal. Además, sobre la concreción de la «*lex artis*», el mismo autor añade que los protocolos médicos «pueden constituir una contribución nada desdeñable a la hora de valorar si la actuación médica se corresponde con las reglas técnicas pertinentes (*lex artis*), (...)»; no obstante, el contenido de los protocolos médicos no puede equipararse de manera automática a la *lex artis ad hoc*, puesto que la *lex artis ad hoc* será determinada por medio de los informes periciales pertinentes<sup>33</sup>.

Por último, como pone de manifiesto Alonso Pérez, «[s]i bien el aspecto técnico-profesional de la *lex artis* puede vincularse ordinariamente a los protocolos científicos homologados y actualizados, no siempre pueden equipararse con el arte médico más correcto». Admitiendo que los protocolos médicos pueden estar obsoletos o que puedan generar un riesgo para el paciente, continúa el autor citado afirmando que «[p]or esas u otras razones, siempre avaladas por la busca incansable de la *salus infirmi*, es correcto apartarse fundadamente de los protocolos. Son respetables las decisiones prudenciales que toma el propio médico en su contacto directo con el paciente. También éstas son admisibles y constituyen de alguna manera, se ha dicho, *lex artis*. Pueden, incluso, constituir en ciertos casos la auténtica *lex artis*, la más adecuada»<sup>34</sup>.

En el caso particular de los tratamientos médicos para la transición o reasignación de género sucede que contamos con distintos protocolos o guías de atención sanitaria elaborados por distintos profesionales, ya sea a instancia de las autoridades sanitarias o bien en el contexto de la investigación médica. Como se verá, dadas las diferencias apreciadas en los protocolos y guías de atención sanitaria consultadas, se evidencia la falta de consenso médico en lo concerniente al modelo de abordaje ante la

<sup>32</sup> MARTÍN LEÓN, Antonio, op. cit., p. 476.

<sup>33</sup> MARTÍN LEÓN, Antonio, op. cit., pp. 480-481.

<sup>34</sup> ALONSO PÉREZ, Mariano, op. cit., p. 45.

discordancia de género. En consecuencia, con mayor motivo, difícilmente podrá identificarse automáticamente la «*lex artis*» con lo reflejado en estos protocolos pues, ante una misma situación —es decir, el tratamiento médico para la transición o reasignación de género— se prevén distintos procedimientos en función de la comunidad autónoma de que se trate o del criterio de los profesionales que los hayan elaborado.

#### 3.4. Prohibición de las «terapias de conversión»: un conflicto terminológico

De acuerdo con el art. 17 de la Ley 4/2023, «[s]e prohíbe la práctica de métodos, programas y terapias de aversión, conversión o contracondicionamiento, en cualquier forma, destinados a modificar la orientación o identidad sexual o la expresión de género de las personas, incluso si cuentan con el consentimiento de la persona interesada o de su representante legal»<sup>35</sup>; previéndose de manera correlativa en el art. 79.4.d) de la misma norma que la promoción o práctica de terapias de aversión, conversión o contracondicionamiento es constitutiva de infracción administrativa muy grave.

Dadas las importantes implicaciones tanto terapéuticas como jurídicas de lo establecido por sendos artículos de la Ley 4/2023, es fundamental concretar adecuadamente qué debe entenderse por «terapia de aversión, conversión o contracondicionamiento». Para la averiguación de qué es una terapia de conversión, sucede que la referida falta de concreción de la Ley 4/2023 es más común de lo deseado. De este modo, por ejemplo, se observa que la misma tendencia poco clarificadora se da en el ámbito de la psicología, pues en un documento del año 2019 de la «*American Psychological Association*» —«APA»— redactado por el Comité de Políticas Públicas de su «*Division 44*», dedicada a la orientación sexual y a la diversidad de género, define la terapia de conversión como «cualquier intento de cambiar la orientación sexual o la identidad o expresión de género de una persona»<sup>36</sup>. Como

<sup>35</sup> Prohibición que ha sido duramente criticada debido a que la prohibición se mantiene, incluso, cuando se cuenta con el consentimiento de la persona afectada. Así, en este sentido, el acuerdo adoptado por el pleno del Consejo General del Poder judicial en su reunión del día 20 de abril de 2022, por el que se aprueba el Informe al Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

<sup>36</sup> <https://www.apadivisions.org/division-44/search?query=conversion>

Asimismo, vid., HILL, Darryl B., et al., «An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender», *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 36, 2010, p. 7; KLINE, Logan, «Revitalizing the Ban on Conversion Therapy: An Affirmation of the Constitutionality of Conversion Therapy Bans», *University of Cincinnati Law Review*, Vol. 90, Issue 2, p. 625.

puede comprobarse, el problema que presenta dicha definición es su falta de concreción y el excesivo margen de interpretación que deja a la hora de entender en particular cuándo se está efectivamente ante una terapia de conversión.

Volviendo a nuestro ordenamiento jurídico, la ausencia de una definición legal de tales expresiones ha sido especialmente criticada en el Dictamen del Consejo de Estado, número de expediente 901/2022, de 23 de junio de 2022, sobre el Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, en tanto que la expresión empleada por el art. 17 de La Ley 4/2023 «es excesivamente vaga, y debe ser objeto de un mayor acotamiento, para evitar que a su amparo puedan perseguirse conductas que carezcan de relevancia a efectos punitivos o sancionadores, y que, sin embargo, en una expresión excesivamente genérica como la empleada pudiera incluirse dentro de su ámbito».

A esta circunstancia señalada por el dictamen antes citado, ha de añadirse que el art. 17 de la Ley 4/2023 se refiere a las «terapias de aversión, conversión o contracondicionamiento» y, por el contexto en el que se emplea, cuesta saber con certeza si la conjunción «o» se emplea con valor disyuntivo, para expresar una equivalencia o para la coordinación de tales tipos de terapia como una especie de ejemplificación no exhaustiva<sup>37</sup>. Esta cuestión no es baladí, aunque en la actualidad las terapias de conversión suelen realizarse por medio de la simple conversación, dentro de las terapias de conversión pueden identificarse las denominadas «terapias de aversión» —que se identifican con la tortura, pues consisten en inducir la náusea, vómito o parálisis a través, por ejemplo, de la terapia electroconvulsiva o «*electroshock*»— y las de no aversión —que emplean prácticas como la hipnosis—<sup>38</sup>. De este modo, ya que las terapias de aversión son una modalidad de terapia de conversión, podría interpretarse que, con independencia del modo en que se denominen, de acuerdo con el artículo que nos ocupa sólo las terapias de aversión serían objeto de prohibición.

Pues bien, en el art. 13.3 de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y No Discriminación de la Comunidad de Madrid, se prevé la

<sup>37</sup> <https://www.rae.es/dpd/o>

<sup>38</sup> GLASSGOLD, Judith M., et al., *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, American Psychological Association, Washington DC, 2009, p. 22. Sobre la diversidad de métodos que pueden incluirse dentro de la categoría de «terapias de conversión», vid., el «Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género», publicado por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2020, pp. 4-14.

prohibición expresa del «uso en el Servicio Madrileño de Salud de terapias aversivas y de cualquier otro procedimiento que suponga un intento de anulación de la personalidad o voluntad trans, así como cualquier otra vejación, trato discriminatorio, humillante o que atente contra su dignidad personal» —asimismo, art. 15.7.m) de la Ley Foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+ y el art. 14.3 de la Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia—. La «anulación de la personalidad o voluntad trans» del artículo transcrito es un acto similar a las medidas destinadas a «modificar la orientación o identidad sexual o la expresión de género de las personas» que prohíbe el art. 17 de la Ley 4/2023, si bien la norma madrileña se refiere expresamente a las terapias aversivas o similares, añadiendo la equiparación de dicha conducta prohibida a la vejación, el trato discriminatorio, la humillación o el atentado contra la dignidad personal.

Tal como se ha indicado, hoy día las terapias de conversión suelen tener lugar a través de la conversación, de forma que no se recurre a métodos tan extremos como los propios de las terapias de aversión —así, el «*electroshock*»—. De esta forma, en caso de que la Ley 4/2023 no se limite a la sanción de las terapias de aversión, sino a las terapias de conversión en general, nos hallamos ante el problema de tener que establecer los criterios según los cuales una terapia que se lleve a cabo a través de la conversación pueda considerarse una terapia de conversión, aparte de la requerida y difícilmente demostrable «intención de modificación de la orientación o identidad sexual o expresión de género».

En este sentido, el «Informe para la comprensión de las terapias de conversión en Reino Unido» —versión de noviembre de 2022— indica que, en el contexto de las terapias dirigidas a la exploración de la orientación sexual y la expresión de género, el objetivo de dicha declaración no es la pretensión de que cese la asistencia psicológica y médica para la evaluación de la idoneidad antes del inicio de las intervenciones médicas ni tampoco que cese la prescripción de terapias hormonales para las personas con discordancia de género<sup>39</sup>. Es decir, debe diferenciarse la exploración de la orientación sexual y la expresión de género de las terapias de conversión. Partiendo entonces de dicha distinción, parece razonable valerse de artículos tales como el art. 13.3 de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad

<sup>39</sup> «Memorandum of Understanding on Conversion Therapy in the UK», version 2 – Update November 2022, p. 2.

Social y No Discriminación de la Comunidad de Madrid, por el que se prohíben las vejaciones, el trato discriminatorio, humillante o que atente contra la dignidad personal, a fin de contextualizar la gravedad de la actuación llevada a cabo y que ha de ser objeto de sanción de conformidad con el art. 79.4.d) de la Ley 4/2023. No obstante, en esta labor de interpretación debe tenerse en cuenta que la misma norma dispone que llevar a cabo terapias de conversión supone una infracción administrativa muy grave, por lo que, dado el recurso a las figuras de las «vejaciones, trato discriminatorio, humillante o que atente contra la dignidad personal», no parece adecuado acudir a los criterios propios de los delitos contra la integridad moral del Código Penal si lo que se pretende es que tal infracción administrativa sea considerada de manera autónoma en lugar de ser *absorbida* por la norma penal.

#### 4. ASPECTOS MÉDICOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA «LEX ARTIS» EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PARA LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO

##### 4.1. Introducción

Declara la Sentencia de la STS (3ª) 9 octubre 2012 (ROJ: STS 6508/2012) que «es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; (...)», señalándose más adelante que «únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*; (...)».

Así pues, de conformidad con los fines del presente trabajo, resulta fundamental una aproximación al estado de la ciencia para la determinación de la «*lex artis*» en el ámbito de los tratamientos médicos para la transición o reasignación de género y de este modo poder entrar en el examen de la posible responsabilidad sanitaria en cada caso concreto. Por este motivo, los siguientes apartados se dedican a las cuestiones de naturaleza médica que han de ser tenidas en cuenta en la labor de delimitación del concepto de «*lex artis*».

##### 4.2. Posibles efectos secundarios y efectos irreversibles de los tratamientos médicos para la reasignación de género

###### 4.2.1. Bloqueadores de pubertad

Los bloqueadores de la pubertad son medicamentos que «tienen una afinidad por el receptor de la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRH), logrando el silencio

funcional del gonadotropo y, con ello, impidiendo la liberación de hormonas sexuales necesarias para el progreso de la pubertad»<sup>40</sup>. Es decir, estos medicamentos detienen temporalmente el normal desarrollo de los adolescentes —así, por ejemplo, en lo concerniente a los órganos sexuales o la masa ósea—.

De acuerdo con el protocolo holandés, el inicio del tratamiento médico de reasignación de género se inicia a edades tempranas para evitar daños emocionales y para alcanzar mejores resultados en lo que respecta a la apariencia física acorde con el género sentido<sup>41</sup>. Por otro lado, la supresión de la pubertad se fundamenta en la supuesta reversibilidad del bloqueo puberal, aunque no está claro si el tratamiento puede tener efectos negativos sobre la salud a largo plazo —como, por ejemplo, en relación con la densidad ósea o el deseo sexual—. Además, también se considera desde la perspectiva del protocolo holandés que la supresión de la pubertad es una herramienta que facilita el diagnóstico de la discordancia de género, en tanto que *permite* la exploración terapéutica de la identidad de género sin que avancen los cambios físicos propios de la pubertad —aunque la falta de desarrollo de tales cambios físicos puede dificultar la obtención de resultados óptimos al practicar una cirugía de reasignación de género—<sup>42</sup>.

Basándose en el protocolo o modelo holandés, tomando como ejemplo el documento en el que se recoge la «Atención Sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia: Proceso Asistencial Integrado» de la Junta de Andalucía del año 2016, en él se indica que los efectos favorables del tratamiento hormonal de supresión del desarrollo puberal o bloqueadores de la pubertad de naturaleza emocional o psicológica son la mejora de la autoestima, la consolidación de su identidad sexual, da más tiempo para que la persona explore su transexualidad y otras cuestiones del desarrollo y, por último, permite ganar tiempo en busca del consenso entre el niño, su

<sup>40</sup> LÓPEZ GUZMÁN, José, «La utilización de bloqueadores de la pubertad en personas trans», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas Trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022, p. 15.

<sup>41</sup> DELEMARRE-VAN DE WAAL, Henriette A./COHEN-KETTENIS, Peggy T., «Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects», *European Journal of Endocrinology*, Vol. 155, 2006, pp. 131-132.

<sup>42</sup> Sobre el protocolo holandés, vid, DE VRIES, Annelou L.C., et al., «Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study», *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, Issue 8, 2011, pp. 2276 a 2283; DE VRIES, Annelou L.C., et al., «Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment», *Pediatrics*, Vol. 134, Issue 4, 2014, pp. 696-704. En cuanto a las críticas a dicho protocolo, vid., BIGGS, Michael, «The Dutch Protocol of Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence», *Journal of Sex & Marital Therapy*, versión online, 2022, pp. 4-15; ABBRUZZESE, E./LEVINE, Stephen B./MASON, Julia W., «The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies-and research that has followed», *Journal of Sex & Marital Therapy*, version online, 2023, pp. 4-17.

familia y el equipo médico. Mientras que los efectos físicos favorables son la no aparición de caracteres sexuales secundarios no deseados, facilita la transición cuando se decide continuar hacia la reasignación de sexo y cesa la producción de esteroides sexuales.

No obstante, tal y como informan los distintos protocolos y guías de atención sanitaria autonómicas, los efectos secundarios desfavorables derivados de los medicamentos dirigidos a la supresión del desarrollo puberal pueden ser los siguientes: a) riesgo de osteoporosis en edad adulta; b) aumento del Índice de Masa Corporal; c) retraso en adquisición de masa ósea; d) cambios de humor y síntomas depresivos (frecuente); e) signos de privación hormonal de tipo menopáusico en niños transexuales con pubertad muy avanzada; f) posible desarrollo de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP); g) reducción de talla adulta o final; h) inhibición reversible de la fertilidad; i) desproporción en segmentos corporales; j) migraña; k) epifisiolisis de la cabeza femoral; l) reacción alérgica generalizada y/o reacción local; m) tejido prepucial insuficiente si el bloqueo es precoz en mujeres transexuales —lo que repercute negativamente en una futura vaginoplastia—; n) metrorragia —autolimitada a primeras dosis— en hombres transexuales; ñ) náuseas; o) vómitos; p) diarreas; q) palpitaciones; r) vértigos<sup>43</sup>.

Pues bien, si tenemos en cuenta que las bondades del inicio del tratamiento dirigido a la reasignación de género a través de los bloqueadores de la pubertad residen, principalmente, en que produciría una mejora emocional/psicológica del menor, en primer lugar, ha de tenerse presente que un efecto secundario desfavorable frecuente de dicho tratamiento es la aparición de cambios de humor y de síntomas depresivos. Por lo que tal mejoría emocional o psicológica es cuestionable. Por otro lado, al suprimirse la pubertad, en el caso de las mujeres transexuales es dudoso que dicho tratamiento facilite la transición o reasignación de género en un sentido pleno, pues la falta de desarrollo del tejido prepucial repercute de forma negativa en una futura vaginoplastia.

<sup>43</sup> Vid., Guía de Atención Sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia: Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, 2016; Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad del País Vasco, 2016; Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans de Canarias, 2019; Protocolo Regional de Atención Sanitaria a Personas Trans, Murcia, 2020.

Por otro lado, en general se manifiesta que los efectos de los bloqueadores de pubertad son reversibles<sup>44</sup>, por lo que una vez que se suspenda el tratamiento, se entiende que se producirá el desarrollo puberal de conformidad con el sexo de nacimiento de la persona. Sin embargo, partiendo de la relevancia de la pubertad en el desarrollo, las plenas consecuencias de la supresión de la pubertad endógena no son conocidas aún, de forma que se hallan distintos estudios que ponen en entredicho la afirmación relativa a la reversibilidad de los supresores de la pubertad. En consecuencia, en la actualidad parecen no existir evidencias acerca de los efectos a medio y largo plazo de este tratamiento sobre la densidad mineral ósea, maduración cerebral o fertilidad, entre otras cuestiones<sup>45</sup>. Así, por ejemplo, en cuanto al neurodesarrollo se reconoce que los datos disponibles sobre los efectos del bloqueo puberal son limitados. De este modo, aunque en un estudio transversal se llega a la conclusión de que la función ejecutiva del cerebro no se ve alterada por dicha terapia, en cambio en estudios realizados con animales parece que sí puede afectar a las funciones cognitivas<sup>46</sup>.

#### 4.2.2. Tratamiento hormonal cruzado

En los casos de mujeres transexuales con la administración de antiandrógenos y de estrógenos se produce la «[r]edistribución del tejido adiposo corporal, una disminución de la fuerza muscular y del vello corporal. Disminuyen y se debilitan las erecciones del pene, el volumen y la calidad seminal, atrofia testicular y prostática de variable intensidad según la dosis de estrógenos administrada. Concomitantemente se observa un aumento variable del tamaño de las mamas». Mientras que en los supuestos de hombres transexuales la administración de antiestrógenos y testosterona tiene como resultado «una disminución de la menstruación, un cambio tonal de la voz, aumento del tono muscular e incremento del vello facial, así como un aumento de la libido. Se produce finalmente una cierta atrofia mamaria, ovárica y uterina»<sup>47</sup>.

<sup>44</sup> HEMBREE, Wylie C., et al., «Guidelines on Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, November 2017, Vol. 102, Issue 11, pp. 3881-3882.

<sup>45</sup> Vid., TRIVES LOMBARDEO, Carmen, «Los bloqueadores de la pubertad. Aspectos farmacológicos: efectos secundarios», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022, pp. 58-62; CHEN, Diane, et al., «Consensus Parameter: Research Methodologies to Evaluate Neurodevelopmental Effects of Pubertal Suppression in Transgender Youth», *Transgender Health*, Vol. 5, Number 4, 2020, p. 252.

<sup>46</sup> HEMBREE, Wylie C., et al., op. cit., pp. 3883.

<sup>47</sup> LÓPEZ GUZMÁN, José, *Transexualismo y salud integral de la persona*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, pp. 79-80.

En las mujeres transexuales, este tratamiento puede producir: depresión, descenso anómalo de la libido, aumento de la bilirrubina y prolactina, trombosis venosa, coledocitis, aumento de triglicéridos, riesgo de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, flebitis, hepatopatías, dislipemias, náuseas, anorexia, ganancia de peso, cefaleas, cálculos de la vesícula, alteraciones en la coagulación, tromboflebitis o tromboembolismo pulmonar, depresión, vértigos y retención hidrosalina, cáncer de mama y de próstata (infrecuentes). En cambio, en el supuesto de los hombres transexuales hallamos los siguientes posibles efectos adversos: conductas agresivas, psicosis, incremento anómalo de la libido, síndrome de apnea obstructiva del sueño, acné, alopecia, poliquistosis ovárica, hiperplasia endometrial, poliglobulia, aumento de bilirrubina, descenso de HDLC, cefalea, retención hidrosalina, hipertensión arterial, dislipemias, elevación de la glucosa, hepatopatías, cáncer de ovario y endometrial (infrecuentes). En ambos casos, como efecto adverso derivados de dichos tratamientos se encuentra la infertilidad<sup>48</sup>. Advirtiéndose que estos efectos adversos han sido observados en personas adultas, se considera que tales efectos podrían revestir mayor gravedad en adolescentes que previamente se hubiesen sometido al tratamiento con bloqueadores de pubertad<sup>49</sup>.

De otra parte, a los efectos de informar debidamente a las personas que soliciten el inicio del tratamiento para la transición o reasignación de género, es importante el conocimiento acerca de los efectos irreversibles del mismo. En este sentido, señala Hurtado-Murillo que la administración de estrógenos y antiandrógenos en transexuales femeninas tiene como efectos irreversibles el crecimiento del pecho, la disminución de la masa testicular, del tamaño del pene y de la fertilidad; en cambio, la administración de testosterona en transexuales masculinos los siguientes efectos de naturaleza irreversible: el agravamiento de la voz y el crecimiento del clítoris<sup>50</sup>. Lamentablemente, sobre la irreversibilidad de los efectos derivados de la terapia hormonal cruzada se observa que no es fácil hallar información clara al respecto. Esta circunstancia es de gran relevancia cuando, por ejemplo, algunos de los efectos del tratamiento con estrógenos en el transexualismo de hombre a mujer pueden ser irreversibles tras seis y

<sup>48</sup> BECERRA-FERNÁNDEZ, Antonio, et al., «Valoración del tratamiento hormonal cruzado en transexuales: experiencia de una unidad de trastornos de identidad de género», *Revista Internacional de Andrología*, 7(3), 2009, p. 154; Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad del País Vasco, 2016; Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans de Canarias, 2019; Protocolo de Atención Integral a Personas Trans\* en el Servicio Extremeño de Salud, 2019; Protocolo Regional de Atención Sanitaria a Personas Trans, Murcia, 2020. Asimismo, sobre los efectos secundarios de la terapia hormonal cruzada, LÓPEZ GUZMÁN, José, op. cit., pp. 79-80.

<sup>49</sup> Protocolo de atención a las personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud, 2018.

<sup>50</sup> HURTADO-MURILLO, Felipe, «Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Nº 6, Suppl., 2015, p. 50.

doce meses de uso —así, la atrofia de los testículos y la próstata o la posibilidad de esterilidad permanente—; por su parte, en los supuestos de tratamiento con andrógenos en el transexualismo de mujer a hombre, los efectos de esta terapia son prácticamente irreversibles desde su inicio<sup>51</sup>.

#### 4.2.3. Cirugía

Las intervenciones quirúrgicas para las mujeres transexuales se refieren a la cirugía mamaria (mamoplastia de aumento con prótesis o *lipofilling*) y la cirugía genital (orquidectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia). En lo que respecta a la cirugía mamaria, en el caso de las prótesis pueden darse infecciones o contractura capsular, mientras que el recurso al *lipofilling* puede provocar necrosis grasa, infecciones y hematomas. Acerca de la cirugía genital, puede producirse la necrosis parcial o completa de la vagina y los labios, la aparición de fístulas recto-vaginales, la estenosis de uretra o la creación de vaginas de longitud insuficiente para las relaciones sexuales.

Por otro lado, para los hombres transexuales las cirugías que suelen practicarse son la mastectomía y la cirugía genital consistente en la oforectomía, salpingetomía, histerectomía, la reconstrucción de pars fixa de uretra, faloplastia, escrotoplastia y colocación de prótesis peneana y testicular. Pues bien, las complicaciones más comunes derivadas de la mastectomía son la necrosis de complejo areola-pezones y/o pérdida de sensibilidad, irregularidades de contorno y cicatrices in-estéticas. Por su parte, la faloplastia puede acarrear las siguientes complicaciones: estenosis y fístulas urinarias, necrosis parcial o completa del neopene y el resultado estético y/o funcional que no concuerdan con las expectativas<sup>52</sup>.

Este tipo de cirugías son el último paso en el proceso médico para la transición o reasignación de género y, dado su carácter irreversible, es fundamental una correcta valoración médica acerca de la idoneidad o no de practicar dicha intervención, además del riguroso cumplimiento de los deberes de información —no sólo sobre los posibles efectos adversos, sino también acerca de la irreversibilidad de la cirugía—.

<sup>51</sup> MORENO-PÉREZ, Oscar/ESTEVA DE ANTONIO, Isabel/GIDSEEN, «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN), *Endocrinología y Nutrición*, Vol. 59, Núm. 6, 2012, pp. 378-379.

<sup>52</sup> Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad del País Vasco, 2016. También, LÓPEZ GUZMÁN, José, op. cit., pp. 85 y 86.

### 4.3. Prescripción off-label de fármacos

Conforme al segundo párrafo del art. 24.3 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, «[e]l Ministro de Sanidad y Consumo establecerá las condiciones para la prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas, que en todo caso tendrá carácter excepcional». Así, el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales —en lo sucesivo, Reglamento 1015/2009—, tiene por objeto, entre otras cuestiones, el establecimiento de tales condiciones de conformidad con su art. 1.b).

A continuación, según el art. 2.2 del Reglamento 1015/2009, el uso de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas se refiere a condiciones diferentes a las incluidas en la ficha técnica autorizada<sup>53</sup>, regulándose la prescripción «*off-label*» de medicamentos en los arts. 13 y siguientes de la norma citada. Así, el art. 13.1 del Reglamento 1015/2009 prevé que esta forma de utilización de los medicamentos «tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, (...)». No obstante, sobre dicha excepcionalidad, cabe preguntarse, como bien apunta González Vázquez, si en los supuestos de reasignación de género se está cumpliendo dicho requisito. Ciertamente, desde una perspectiva general, el porcentaje de población con discordancia de género y que desee someterse al tratamiento para la reasignación de género es muy bajo. Pero si se realiza dicha consideración exclusivamente tomando como referencia el porcentaje de habitantes con discordancia de género, entonces el requisito relativo al uso excepcional de medicamentos no se cumpliría en absoluto. Pensemos, por ejemplo, en el porcentaje de personas con discordancia de género a las que se les prescriben bloqueadores de pubertad<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> De acuerdo con el art. 2.11 del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, la ficha técnica o resumen de las características del producto se define como el «documento autorizado por la Agencia [Española de Medicamentos y Productos Sanitarios], donde se reflejan las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y recoge la información científica esencial para los profesionales sanitarios». En particular, la ficha técnica ha de incluir información como las indicaciones terapéuticas, contraindicaciones, reacciones adversas, advertencias y precauciones especiales de empleo, interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción de acuerdo con lo previsto por el Anexo II del Real Decreto 1345/2007.

<sup>54</sup> GONZÁLEZ VÁZQUEZ, Carmen, «La utilización off-label de los bloqueadores de la pubertad», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas Trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022, p. 127.

Otra cuestión que cabe destacar, a causa de las graves consecuencias o efectos secundarios que pueden presentar los medicamentos prescritos *off-label* —como sucede con los medicamentos destinados a la supresión de pubertad<sup>55</sup>— es que, de acuerdo con los arts. 13.1 y 15 del Reglamento 1015/2009, para el suministro de estos medicamentos es necesario contar con el consentimiento expreso del paciente reuniendo los requisitos previstos para su validez en la Ley 41/2002, acerca del consentimiento informado; teniendo en cuenta que según el art. 15 de dicho Reglamento la obligación de obtener el consentimiento informado corresponde al facultativo que lo prescriba.

De este modo, aparte de la excepcionalidad y la ausencia de alternativas terapéuticas como requisitos necesarios para que sea posible prescribir un medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas, dicha prescripción sólo será conforme a Derecho si se ha recabado el consentimiento informado del paciente. Pues bien, al revisar la información disponible sobre los documentos de consentimiento informado en nuestro país, sorprende encontrar documentos como el siguiente «Consentimiento informado uso de medicamento en situaciones especiales», en el que se expone que «[l]os medicamentos en situaciones especiales son fármacos que, o no están comercializados en nuestro país, o si están comercializados pero en este momento no están autorizados para esta indicación en la ficha técnica. Por lo tanto, la indicación tiene carácter excepcional. No se le puede garantizar una respuesta o que no vuelva a tener la enfermedad. Tampoco que vaya a estar libre de futuras complicaciones de la enfermedad. De no existir la respuesta esperada, se le cambiará el tratamiento valorando, de todas las opciones, la más adecuada. (...). CONSECUENCIAS DE NO REALIZARLO: Usted es libre de aceptar o no el tratamiento. Si no lo acepta, desestima la posibilidad de obtener los beneficios mencionados. (...). RIESGOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR y EVOLUCIÓN DE LOS POSIBLES DAÑOS: Como con cualquier fármaco existen riesgos. Los riesgos conocidos están descritos en las hojas que se le adjuntan. (...). Dado que el conocimiento médico está en constante evolución, puede ser que en un futuro se conozca que puedan existir otros riesgos actualmente no conocidos, y, por tanto no le podemos advertir ahora de ellos. Usted lo asume a cambio de un posible beneficio. (...)»<sup>56</sup>.

La sorpresa antes aludida se debe a que en dicho extracto del formulario de consentimiento informado que parece emplearse en el Servicio Cántabro de Salud

<sup>55</sup> Sobre los ejemplos de agonistas de GNRH en España, vid., GONZÁLEZ VÁZQUEZ, Carmen, op. cit., pp. 130-131.

<sup>56</sup> Anexo III del Protocolo de atención a las personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud, 2018.

pueden detectarse afirmaciones que parecen pretender la persuasión del paciente para que preste su consentimiento, más aún si se tienen en cuenta las circunstancias personales de los solicitantes del tratamiento médico para la transición o reasignación de género. Así, de acuerdo con dicho documento, «[u]sted es libre de aceptar o no el tratamiento. Si no lo acepta, desestima la posibilidad de obtener los beneficios mencionados», también se afirma que «[c]omo con cualquier fármaco existen riesgos» o que, a pesar de la incertidumbre en cuanto a otros posibles adversos, «[u]sted los asume a cambio de un posible beneficio».

#### 4.4. *Disforia de género de inicio rápido*

Durante los últimos años se ha venido discutiendo en distintos ámbitos dedicados al estudio de la discordancia de género —psicología, psiquiatría, endocrinología, ...— un nuevo fenómeno conocido como «discordancia/disforia de inicio rápido» —por sus siglas, «DGIR»<sup>57</sup>—. De acuerdo con Littman, la DGIR «describe un fenómeno en el que el desarrollo de la disforia de género se produce repentinamente, durante o después de la pubertad en adolescentes o jóvenes adultos que no habrían presentado los rasgos propios de la disforia de género durante la infancia»<sup>58</sup>.

Aunque podría decirse que el trabajo de Littman sobre la DGIR es el que ha alcanzado mayores niveles de difusión, debe precisarse que algunas de las observaciones de la autora ya fueron apreciadas por Marchiano<sup>59</sup> en un estudio previo, empleando, de igual modo, la expresión «DGIR». De hecho, hay autores que señalan que el estudio de Littman sobre la DGIR describe un fenómeno que especialistas en la identidad de género ya habían detectado antes de la publicación de su trabajo y que dicho fenómeno había sido denominado «disforia de género de inicio en la adolescencia», que se refiere a los casos en los que la discordancia de género aparece en la adolescencia sin que antes o durante las primeras etapas de la pubertad se hubiese manifestado ningún síntoma de relevancia de discordancia de género<sup>60</sup>.

<sup>57</sup> En inglés «*rapid-onset gender dysphoria*» o «ROGD».

<sup>58</sup> LITTMAN, Lisa, «Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports», *PLoS ONE*, 13(8), 2018, p. 2.

<sup>59</sup> MARCHIANO, Lisa, «Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics», *Psychological Perspectives*, 60, 2017, pp. 345-366. También, tener en cuenta la «Carta al Editor» de HUTCHINSON, Anna/MIDGEN, Melissa/SPILIADIS, Anastassis, «In support of research into Rapid-Onset Gender Dysphoria», *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2020, pp. 79-80.

<sup>60</sup> HUTCHINSON, Anna/MIDGEN, Melissa/SPILIADIS, Anastassis, op. cit., p. 79, quienes a su vez citan otros trabajos en los que se reconoce la existencia de la DGIR, así CHURCHER CLARKE, Anna/SPILIADIS, Anastassis, «Taking the lid off the box: The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties», *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24, 2019, pp. 338-352; BECHARD,

Así, cabe destacar un estudio realizado en el año 2015 que revisa distintos datos recopilados entre los solicitantes de tratamiento de afirmación de género en uno de los servicios de identidad de género para adolescentes de Finlandia durante los años 2011 a 2013. De un total de 47 adolescentes, 41 eran de sexo de nacimiento femenino y 6 de sexo de nacimiento masculino, y la edad media era de 16 años. Entre los 47 adolescentes, el 75% de ellos había estado o se encontraba en ese momento bajo tratamiento psiquiátrico, siendo destacable que el 26% presentaba un trastorno del espectro autista. Aunque en el trabajo no se encuentran datos que distingan entre el sexo de nacimiento y la edad en la que los menores comenzaron a cuestionarse su género, el 62% de ellos inició dicho cuestionamiento una vez cumplidos los 12 años y el 32% antes de dicha edad —un 6% no pudo dar respuesta a tal pregunta—. Advierten las autoras de este trabajo en sus conclusiones que, habida cuenta los datos recabados, «los adolescentes que desean la reasignación de sexo presentan una variedad de *vías de desarrollo* que se diferencian según el momento en el que aparece la discordancia de género, posibles psicopatologías y dificultades en el desarrollo. Por tanto, es importante tener en cuenta los diferentes grupos a fin de encontrar las opciones de tratamiento más apropiadas. En caso de que se presente una psicopatología severa, los tratamientos médicos para la reasignación de género no es recomendable. Los protocolos o guías para estos tratamientos han de ser revisados para tener en cuenta situaciones complejas»<sup>61</sup>.

Pues bien, el estudio realizado por Littman consistió en una encuesta a padres de menores con discordancia de género —256 padres en total—, cuyos hijos eran mayoritariamente de sexo de nacimiento femenino —82,8%— y de una edad promedio de 16,4 años. Es importante señalar que el 62,5% de los menores había sido diagnosticado con al menos un trastorno mental (*mental health disorder*) o discapacidad respecto del desarrollo neurológico (*neurodevelopmental disability*). En sus conclusiones, la autora pone de manifiesto que es necesario investigar más la DGIR para así comprender mejor este fenómeno, sus implicaciones y alcance —preocupación que es compartida por otros investigadores como Zucker<sup>62</sup>—.

---

Melanie/VANDERLAAN, Doug P./WOOD, Hayley/WASSERMAN, Lori/ZUCKER, Kenneth J., «Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A Proof of Principle Study», *Journal of Sex and Marital Therapy*, Vol. 43, Issue 7, 2017, pp. 678-688; KALTIALA-HEINO, Riittakerttu/SUMIA, Maria/TYÖLÄJÄRVI, Marja/LINDBERG, Nina, «Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development», *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:9, 2015, pp. 1-9.

<sup>61</sup> KALTIALA-HEINO, Riittakerttu/SUMIA, Maria/TYÖLÄJÄRVI, Marja/LINDBERG, Nina, op. cit., pp. 1-9.

<sup>62</sup> ZUCKER, Kenneth J., «Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues», *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2019, pp. 1987-1988.

Si hasta ahora se ha venido distinguiendo entre la discordancia de género de inicio temprano, que es la que comienza en la infancia, y la de inicio tardío, que es la que se da después de la pubertad, puede resumirse que las particularidades de la DGIR de acuerdo con Littman son: a) se da predominantemente en personas de sexo de nacimiento femenino; b) existencia previa de una psicopatología; c) influencia social —contagio social y contagio entre compañeros—; y, por último, d) la mayoría de los adolescentes con DGIR no cumple ninguno de los indicadores de la disforia de género en la infancia descritos en el DSM-5 —«*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*», 5ª edición, de la *American Psychiatric Association*—<sup>63</sup>.

Desde un punto de vista institucional, la DGIR es una categoría o modalidad de discordancia de género que no cuenta con el reconocimiento de la *World Professional Association for Transgender Health* —«WPATH»— ni tampoco de la *European Professional Association for Transgender Health* —«EPATH»—. La WPATH emitió un comunicado en septiembre de 2018 reflejando su posición acerca de la DGIR, al que se adhirió la EPATH. En este escrito: a) la WPATH recuerda que la DGIR es un término que no ha sido reconocido por ninguna asociación profesional de relevancia ni tampoco se considera como un subtipo de discordancia de género en el DSM; b) la «DGIR» no es más que un acrónimo creado para describir una propuesta de fenómeno clínico; c) la WPATH reconoce que el estudio sobre los factores que contribuyen al desarrollo de la identidad de género en la adolescencia se encuentra en plena evolución y que, por tanto, la discordancia de género es una condición que no es completamente entendida por los profesionales; d) a continuación declara que es necesario que continúe la investigación en este campo respetando la libertad de cátedra y sin censuras; e) por último, dicha asociación recomienda la omisión de cualquier término, haya sido reconocido por una entidad médica o no, que pueda provocar rechazo o miedo acerca de la posibilidad de que un adolescente pueda ser transgénero.

A mi juicio, la declaración de la WPATH, a la que se adhirió la EPATH, no tiene apenas valor a la hora de sustentar ni la posición que reconoce la existencia de la DGIR como modalidad específica de discordancia de género ni para apoyar la postura contraria. Esta conclusión la fundamento en el hecho de que, en dicho escrito, la WPATH aglutina afirmaciones *discretamente contradictorias* y que *claramente contentan* a distintos sectores involucrados en la cuestión relativa a la discordancia de género. De este modo: a) cuando señala que la «DGIR» es una expresión que no se encuentra avalada por ninguna asociación o entidad profesional, parece apoyar las posturas contrarias al

<sup>63</sup> LITTMAN, Lisa, op. cit., pp. 10-21.

reconocimiento de la DGIR como modalidad de discordancia de género; b) en cambio, al reconocer que el estado de la ciencia en este sentido aún se encuentra en plena evolución, estaría admitiendo la posibilidad de que efectivamente la DGIR podría ser una modalidad de discordancia de género; c) el llamamiento a que se siga investigando sobre esta materia respetando la libertad de cátedra y sin censuras es un apoyo a la comunidad científica en general y, en especial, a aquellos que han sido fuertemente criticados por parte de asociaciones *trans*; d) por último, al solicitar la omisión en el uso de cualquier tipo de término, ya sea reconocido por la ciencia médica o no, que *pueda* provocar rechazo o miedo a la idea de que un adolescente sea o pueda ser transgénero, parece pretender evitar que el contenido del escrito de posicionamiento de la WPATH pueda ser considerado total o parcialmente *tránsfobo* o *transfóbico*.

Entre los detractores de la DGIR como modalidad propia dentro de la discordancia de género, destaca el trabajo de Bauer/Lawson/Metzger, quienes entienden que el estudio de Littman, al basarse en la opinión de los padres que completaron el formulario propuesto por la autora, ignora la opinión de los propios adolescentes con discordancia de género. Y, lo más importante, que, según los autores, los datos recopilados de menores de 16 años revelan que los factores que hipotéticamente se dan en los supuestos de DGIR no son estadísticamente relevantes e, incluso, en algunos casos fueron opuestos a lo que cabría esperar si la DGIR verdaderamente fuese un nuevo fenómeno clínico<sup>64</sup>. Sin embargo, estas críticas se refieren más bien a la técnica empleada por Littman en la elaboración de su trabajo que al propio fenómeno de la DGIR, de manera que, teniendo presente que existen otros trabajos que abordan la cuestión relativa a la DGIR y que se ha venido produciendo en los últimos años un importante aumento de solicitudes del tratamiento médico para la transición o reasignación de género, no parece encontrarse indicios suficientes para que en la actualidad puedan apoyarse las tesis según las cuales se niega la existencia de la DGIR.

## 5. TIPOLOGÍA DE INCUMPLIMIENTOS DE LA «LEX ARTIS» EN LA TRANSICIÓN O REASIGNACIÓN DE GÉNERO

### 5.1. Introducción

Desde la perspectiva del Derecho, el acercamiento a la literatura clínica acerca de la discordancia de género y el tratamiento médico para la transición o reasignación de género pone de manifiesto que nos hallamos ante una condición sobre la que aún

<sup>64</sup> BAUER, Greta/LAWSON, Margaret L./METZGER, Daniel L., «Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of “Rapid Onset Gender Dysphoria”?», *The Journal of Pediatrics*, Vol. 243, 2022, pp. 225-226.

quedan muchos aspectos por conocer, evidenciándose, además, la falta de consenso científico en numerosas cuestiones de vital importancia —como cuáles son los efectos secundarios a medio y largo plazo de algunos medicamentos que se prescriben para la transición o reasignación de género o si la DGIR es efectivamente una nueva modalidad de discordancia de género—. Así pues, el abordaje jurídico del referido tratamiento médico ha de tener en cuenta, entre otros aspectos, lo siguiente: a) la discordancia de género suele manifestarse por primera vez cuando la persona es menor de edad; b) personas con un trastorno o enfermedad mental o emocional pueden solicitar la iniciación del tratamiento médico para la transición o reasignación de género; c) el tratamiento médico de transición o reasignación de género implica el recurso a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos que pueden ser irreversibles y conllevar efectos secundarios; d) el tratamiento médico para la transición o reasignación de género se aplica sobre un cuerpo sano.

Pues bien, llegados a este punto, y de conformidad con la distinción entre la «*lex artis*» tradicional y la «*lex artis*» relativa a los deberes de información y consentimiento informado: a) la eliminación de la evaluación psicológica al inicio del tratamiento médico para la transición o reasignación de género puede implicar que su prescripción constituya un fallo de diagnóstico, dado que dicho tratamiento médico puede no ser el apropiado para abordar la discordancia de género en cada supuesto específico —así, por ejemplo, cuando el detonante de la discordancia de género fuese un trauma del pasado o un problema emocional/psicológico previo o bien cuando la discordancia de género sea de carácter transitorio o suponga una fase más durante el desarrollo de un menor de edad—; b) en segundo lugar, otro tipo de incumplimiento de la «*lex artis*» se produciría por la invalidez del consentimiento prestado por la persona que inicia el tratamiento médico dirigido a la transición o reasignación de género cuando concurra una enfermedad o trastorno mental o emocional que pueda afectar a la toma de decisiones, dándose esta circunstancia en concurrencia con la ausencia de la debida evaluación previa a la persona solicitante de dicho tratamiento; c) por último, se infringiría la «*lex artis*» si la información suministrada sobre los posibles efectos secundarios y los efectos irreversibles no fuese clara y suficiente y, dada la trascendencia de sus repercusiones, también debería entenderse incumplido el deber de información cuando no se hubiese informado acerca de la incidencia, causas y consecuencias de la detransición.

## 5.2. *Infracción de la «lex artis» tradicional*

De acuerdo con la STS (1ª) 6 marzo 2018 (ROJ: STS 724/2018), «[e]n el terreno del diagnóstico, la obligación del médico es la de realizar todas las pruebas diagnósticas

necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento. Sólo la omisión de las pruebas exigibles en atención a las circunstancias del paciente y el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad (sentencias 679/2010, de 10 de diciembre; 173/2012, de 30 de marzo; 33/2015, de 18 de febrero)». Por su parte, el diagnóstico ha sido definido doctrinalmente como un acto médico complejo, resultante de un proceso de examen y evaluación de los síntomas según la prudente apreciación del profesional médico. (...). Es claro que aunque todo el posterior proceso de prescripción y tratamiento sea correctamente desarrollado conforme a lo diagnosticado, un error en esta primera fase condena al fracaso todas las posteriores»<sup>65</sup>.

De esta forma, respecto del tratamiento médico para la transición o reasignación de género se plantea si la iniciación de dicho tratamiento es acorde con la «*lex artis*» cuando la persona que se va a someter al mismo presenta alguna clase de enfermedad o trastorno mental o emocional que pueda afectar a la concurrencia de una auténtica discordancia de género o bien que pueda afectar al proceso o al resultado de dicho tratamiento y, a pesar de la posibilidad de que esta circunstancia se dé efectivamente, el profesional médico no realiza ninguna clase de evaluación psicológica ni solicita que lo realice otro profesional. Así pues, en estos supuestos, de conformidad con la antes citada Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, de 6 de marzo de 2018, se habrían omitido las pruebas diagnósticas necesarias, sin que lo previsto en un protocolo determinado pueda servir de fundamento para justificar que el «estado de la ciencia» del momento no requería la realización de dicha prueba, dado que las evaluaciones psicológicas al inicio de esta modalidad de tratamientos son recomendadas en numerosos protocolos médicos, lo que demuestra que sobre esta cuestión no existe consenso médico. Es más, según recuerda la STS (3ª) 17 noviembre 2021 (ROJ: STS 4317/2021), «si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la *lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido», puesto que «la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados» —vid., STS (3ª) 19 mayo 2015 (ROJ: STS 2494/2015)—. Pero en los casos que nos ocupan, no puede decirse que el fallo de diagnóstico se deba a la falta de conocimientos en el momento en que se inició el tratamiento de que se trate, pues la eliminación de las evaluaciones psicológicas es un fenómeno reciente,

<sup>65</sup> SEGURA, Carlos/MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis, «El médico en el Derecho Civil», en *Derecho Médico*, Vol. I, Tecnos, Madrid, 1986, p. 75.

pero no generalizado. De hecho, como ya se ha indicado, esta es una cuestión controvertida y en aplicación de unos criterios más prudentes se apuesta por el mantenimiento de dichas evaluaciones<sup>66</sup>.

Por tanto, en los casos de tratamientos médicos para la transición o reasignación de género, las circunstancias que pueden derivar en la observancia de una negligencia médica por error de diagnóstico son las siguientes: a) ausencia de evaluación psicológica al inicio del tratamiento; b) concurrencia de una enfermedad o trastorno mental o emocional que provocó el deseo de transición o reasignación de género ajeno a una discordancia de género o cuando dada dicha enfermedad o trastorno el tratamiento más adecuado para la discordancia de género habría sido otro diferente menos radical.

### 5.3. *Incumplimiento del deber de información por falta de comprensibilidad y por omisión de información*

#### 5.3.1. Información y autonomía del paciente

De acuerdo con la STS (1<sup>ª</sup>) 30 noviembre 2021 (ROJ: STS 4355/2021), «durante muchos años el ejercicio de la medicina respondió a una concepción paternalista, conforme a la cual era el médico quien, por su experiencia, conocimientos y su condición de tercero ajeno a la enfermedad, tomaba las decisiones que, según su criterio profesional, más le convenían al estado de salud y al grado de evolución de la enfermedad de sus pacientes, con la unilateral instauración de tratamientos e indicación de intervenciones quirúrgicas». Continúa la referida resolución indicando que «frente a dicho paternalismo, se ha consagrado normativamente el principio de autonomía de la voluntad del paciente, concebido como el derecho que le corresponde para determinar los tratamientos en los que se encuentran comprometidos su vida e integridad física, que constituyen decisiones personales que exclusivamente le pertenecen». De otro lado, nuestra doctrina ha definido el principio de autodeterminación del paciente como «el derecho a ser uno mismo, a ser protagonista de la propia existencia, a adoptar las decisiones más trascendentes para la propia persona, aquéllas en las que está comprometida su vida e integridad física»<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> Así, la propia WPATH o *The Cass Review. Independent Review of gender identity services for children and young people: Interim report*, February 2022.

<sup>67</sup> SEOANE SPIEGELBERG, José Luis, «Apuntes sobre la responsabilidad civil médica: su tratamiento ante los tribunales», en *Régimen jurídico de la responsabilidad sanitaria*, Reus, Madrid, 2013, p. 79.

No obstante, la plena libertad en la decisión sobre los actos médicos exige, como indica la STC 37/2011, 28 marzo, (ECLI:ES:TC:2011:37) y en virtud del art. 15 CE, «que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues solo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento». De esta forma, dado el papel de la información en lo que concierne al consentimiento del paciente para la iniciación de las intervenciones y los tratamientos médicos, el art. 4.2 de la Ley 41/2002 prevé que la información clínica que «forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad».

Por otro lado, aparte de la adecuación de la información a los requisitos aludidos, la definición de «consentimiento informado» del art. 3 de la Ley 41/2002 hace referencia la autodeterminación o capacidad de las personas para decidir por sí mismas algo<sup>68</sup>, lo que implica la necesidad de que la persona se encuentre «en el pleno uso de sus facultades» para la adopción de su decisión. Esta cuestión debe enlazarse con el hecho de que, como todos, las personas con discordancia de género pueden sufrir una enfermedad o trastorno mental o emocional, circunstancia que puede repercutir en la validez del consentimiento informado.

### 5.3.2. El tratamiento médico para la transición o reasignación de género como medicina satisfactiva

En relación con la importancia que reviste el cumplimiento de los deberes de información en materia sanitaria, en los supuestos objeto del presente trabajo ha de tenerse en cuenta que de la despatologización de la discordancia de género nace la consiguiente necesidad de determinar si el tratamiento médico dirigido a la transición o reasignación de género entra dentro de la categoría de la medicina curativa o de la medicina satisfactiva; cuestión que repercute en el grado de exigencia respecto de los deberes de información.

El tipo de tratamiento médico que nos ocupa, a mi juicio, debería considerarse incardinado en la categoría de medicina satisfactiva pues, aparte de que la discordancia de género no es una patología y de que los tratamientos médicos dirigidos a la transición o reasignación de género se aplican a un cuerpo físicamente sano a instancia de la persona con discordancia de género, a estas circunstancias han de sumarse el

<sup>68</sup> Vid., definición del vocablo «autodeterminación» del Diccionario de la Real Academia Española.

reconocimiento legal de la autodeterminación de género y la eliminación del requisito de la iniciación del tratamiento para el cambio registral del sexo<sup>69</sup>. No obstante, entendiendo que la iniciación del tratamiento médico para la reasignación de género puede tener por finalidad aliviar el sufrimiento psicológico que supone para la persona con discordancia de género que su cuerpo no concuerde con su género sentido, podría considerarse que este tipo de tratamientos es una figura intermedia dado que puede tener fines terapéuticos, si bien el deber de información en estos supuestos sería el mismo que en los de medicina satisfactiva<sup>70</sup>.

Considerando que el tratamiento médico para la transición o reasignación de género entra dentro de la categoría de medicina satisfactiva o, en su caso, se trata de un supuesto intermedio, acerca del nivel de exigencia en cuanto a los deberes de información, según la STS (1ª) 30 noviembre 2021 (ROJ: STS 4355/2021), «la jurisprudencia ha proclamado un mayor rigor en los casos de la medicina voluntaria o satisfactiva, en los que se actúa sobre un cuerpo sano para mejorar su aspecto estético, controlar la natalidad, colocar dispositivos anticonceptivos, llevar a efecto tratamientos odontológicos o realizar implantes capilares entre otras manifestaciones, en contraste con los casos de la medicina necesaria, asistencial o terapéutica, en los que se actúa sobre un cuerpo enfermo con la finalidad de mantener o restaurar la salud, todo ello con las miras puestas en evitar que prevalezcan intereses crematísticos a través de un proceso de magnificación de las expectativas y banalización de los riesgos, que toda intervención invasiva genera». Así, continúa la sentencia indicando que, de este modo, «se quiere impedir que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una exigencia relativa, toda vez que no sufre un deterioro en su salud que haga preciso un tratamiento o intervención quirúrgica, con fines terapéuticos de restablecimiento de la salud o paliar las consecuencias de la enfermedad».

<sup>69</sup> Sobre este posicionamiento, FUGARDO ESTIVILL, Josep M<sup>a</sup>, *Procreación humana y acciones de responsabilidad: Derecho español y comparado*, Bosch, España, 2018, p. 93. En cambio, ORTIZ FERNÁNDEZ, Manuel, *El consentimiento informado en el ámbito sanitario. Responsabilidad civil y derechos constitucionales*, Dykinson, Madrid, 2021, p. 377, en nota a pie de página defiende que si es la propia persona la que solicita la cirugía para la reasignación de género nos hallaríamos ante una figura intermedia y *sui generis*, aunque más próxima a la medicina curativa, pues «se trata de una intervención, en muchos casos, necesaria para ejercitar su derecho fundamental a la vida privada y para el reconocimiento de su identidad sexual».

<sup>70</sup> Acerca de los casos dudosos y la equiparación de los deberes de información en tales situaciones a los de la medicina satisfactiva, CADENAS OSUNA, Davinia, *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018, p. 159.

Estos estándares de exigencia en lo relativo a los deberes de información en los supuestos objeto del presente trabajo ha de reflejarse en los requisitos de veracidad y comprensibilidad de la información acerca de los riesgos asociados a los tratamientos médicos para la transición o reasignación de género, además de la irreversibilidad de muchos de los procedimientos que se realizan en dicho contexto y la posibilidad, por reducida que sea, de que nazca un deseo de detransición y las graves consecuencias que derivarían de dicha circunstancia en caso de pretender iniciar el proceso de detransición.

### 5.3.3. Información sobre posibles efectos secundarios y efectos irreversibles del tratamiento médico

En un buen número de sentencias de la Sala Tercera del Tribunal Supremo —como las de 2 de octubre de 2012 (ROJ: STS 6186/2012), la de 24 de abril de 2018 (ROJ: STS 1545/2018) o la de 4 de febrero de 2021 (ROJ: STS 550/2021)— se recoge la doctrina jurisprudencial referida a que la vulneración del derecho a un consentimiento informado, como la omisión o deficiencia del deber de información al paciente «constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la *“Lex artis ad hoc”*, que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente». De este modo, el incumplimiento de los deberes de información, por sí mismo, supone la producción de un daño moral. Es decir, incluso cuando de la actuación médica en sí misma considerada no se hubiese derivado un daño sobre el paciente, nace un derecho a ser indemnizado con motivo del referido incumplimiento sobre los deberes de información.

Así pues, es fundamental que la información recaiga sobre los riesgos inherentes al tratamiento o intervención médica para que así el paciente pueda formar su voluntad acerca de si someterse a la misma o no. Como se ha comprobado, son muchos los riesgos que han de asumirse en caso de prestar el consentimiento para la iniciación del tratamiento médico para la transición o reasignación de género. Por este motivo, junto con el hecho de que se eleva el nivel de exigencia de los deberes de información en los supuestos de medicina satisfactiva y en las figuras intermedias, más allá de los casos más evidentes de incumplimiento de los deberes de información —ya sea por omisión o por dudosa veracidad de la misma—, cabe cuestionarse si son supuestos de incumplimiento de tales deberes la banalización de los riesgos de los tratamientos

médicos que nos ocupan o la identificación de frases en los documentos dirigidos a la información que parecen pretender la persuasión para la iniciación del tratamiento médico para la transición o reasignación de género. En este sentido, aparte de la antes transcrita información relativa al consentimiento informado para la utilización *off-label* de medicamentos del Anexo III del Protocolo de atención a las personas sexuales en el Servicio Cántabro de Salud<sup>71</sup>, también llama la atención encontrar documentos como el recogido en el Anexo 2 del Protocolo integral de atención sanitaria de personas trans\* en las Islas Baleares del año 2019 en el que se aporta el documento de consentimiento informado para el tratamiento hormonal cruzado de mujer trans\* adulta según el cual «[c]ualquier actuación médica supone un riesgo; pero la mayor parte de las veces el riesgo no llega a hacerse realidad, de forma que no hay daños ni efectos secundarios indeseables. Sin embargo, algunas veces no es así. Por ello es importante que conozca los riesgos de la intervención que proponemos».

#### 5.3.4. Información sobre la detransición

Debe tomarse como punto de partida el hecho de que no suele hacerse referencia a la posibilidad de deseo de detransición a la hora de ofrecer la información necesaria para la válida prestación del consentimiento del solicitante del tratamiento médico para la transición o reasignación de género. En este sentido, cabe plantearse si la omisión de dicha posibilidad supone un incumplimiento de los deberes de información.

Sobre los supuestos de detransición, coincidiendo con Irwig, entiendo que es posible que el número de casos aumenten durante los próximos años dados el incremento de transiciones o reasignaciones de género y la frecuencia con la que se inicia este tratamiento médico-farmacológico sin una evaluación psicológica previa<sup>72</sup>. Pero, aparte de las implicaciones que derivarían de dicha circunstancia y que confirmarían la necesidad de aplicar un abordaje de la discordancia de género guiado por unos criterios de prudencia más que por la autodeterminación de género, nos encontramos ante el problema de que la detransición es un fenómeno aún por conocer. De hecho, según una encuesta recientemente publicada, el 49% de los detransicionadores encuestados manifiestan la necesidad de recibir información precisa sobre el cese o cambio del tratamiento hormonal y, en lo que a la salud mental se refiere, el 65% de los

<sup>71</sup> Vid. Supra.

<sup>72</sup> IRWIG, Michael S., «Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People- An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon», *The Journal of clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 107, 2022, pp. e4261-e4262.

encuestados indica que les gustaría encontrar alternativas al tratamiento médico para la transición o reasignación de género —así, por ejemplo, las terapias psicológicas—<sup>73</sup>.

De momento parece no existir ninguna clase de información institucional acerca de los tratamientos a seguir para revertir la transición de género previamente realizada o bien las limitaciones a este respecto, además de que apenas se cuenta con trabajos académicos sobre dicha cuestión. Debido al desconocimiento aún existente acerca de la detransición, no parece procedente considerar incumplido el derecho a ser informado cuando no se hubiese incluido información sobre esta posibilidad en la documentación suministrada hasta ahora a los solicitantes del tratamiento médico de transición o de reasignación. Sin embargo, teniendo en cuenta que el interés por el estudio de la detransición está creciendo y que han ido haciéndose públicos numerosos de estos casos —como, por ejemplo, el de Keira Bell—, a partir de algún momento debería entenderse necesario informar sobre la detransición antes de comenzar el tratamiento médico que nos ocupa. La cuestión es determinar a partir de cuándo ha de considerarse que según el estado de la ciencia se requiere informar sobre la detransición para permitir la válida formación de la voluntad y, en su caso, se preste el consentimiento para la iniciación del tratamiento médico dirigido a la transición o reasignación de género.

#### *5.4. Ausencia de consentimiento válido ligado a la eliminación de la evaluación psicológica al inicio del tratamiento de reasignación de género*

La WPATH recomienda a los profesionales de la salud mental el abordaje de los síntomas de salud mental que interfieran en la capacidad para consentir el tratamiento médico de reasignación de género antes de que dicho tratamiento sea iniciado<sup>74</sup>. También, la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos advierte de que las personas que estén considerando iniciar el tratamiento hormonal para la transición o reasignación de género deben ser adecuadamente informados acerca del tratamiento en general y de los efectos que el mismo puede desencadenar en la fertilidad. Especialmente importante es informar sobre este punto a los menores edad, quienes pueden no encontrarse en condiciones óptimas para valorar convenientemente dicha cuestión, por lo que en materia de consentimiento debe preverse la intervención de los padres, de los profesionales en psicología/psiquiatría y otras personas que sirvan de

<sup>73</sup> VANDENBUSSCHE, Elie, «Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey», *Journal of Homosexuality*, 69:9, 2022, pp. 1607-1608.

<sup>74</sup> COLEMAN, Eli et al., op. cit., p. 172.

apoyo a tales menores de edad<sup>75</sup>. En este mismo sentido, en nuestro país, de acuerdo con Guerrero-Fernández y Mora Palma, para el inicio de la terapia hormonal cruzada en adolescentes, al ser parcialmente irreversible, se recomienda que en dicha decisión participe un experto en salud mental que «haya confirmado la persistencia de IG/DG y reconozca suficiente capacidad mental para dar el consentimiento informado»<sup>76</sup>.

Así, el hecho de no haberse llevado a cabo una evaluación psicológica al inicio del tratamiento de transición o reasignación de género en los mismos términos antes descritos acerca de la infracción de la «*lex artis*» tradicional por un fallo de diagnóstico, puede suponer asimismo un problema en lo relativo a la validez del consentimiento prestado para la iniciación de dicho tratamiento por dos motivos. Por un lado, la posible ineficacia del consentimiento prestado podría darse cuando se constatase que el solicitante del tratamiento no se encontraba en el «pleno uso de sus facultades» — vid., art. 3 de la Ley 41/2002—, ya que el consentimiento informado exige que el paciente se encuentre en condiciones como para tomar una decisión de tanta importancia como lo es la transición o reasignación de género<sup>77</sup>. De otra parte, sin conocer o desatendiendo las circunstancias personales de cada solicitante, la documentación estandarizada que se proporciona a los interesados en iniciar el tratamiento médico para la transición o reasignación de género puede no ajustarse al requisito de que la información sea «comprensible y adecuada a sus necesidades» ex art. 4.2 de la Ley 41/2002, por lo que, de nuevo, nos hallaríamos ante un supuesto de incumplimiento de los deberes de información que podría afectar a la validez del consentimiento otorgado.

#### BIBLIOGRAFÍA

ALONSO PÉREZ, Mariano, «La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (en torno a la “*lex artis*”», en *Perfiles de la Responsabilidad Civil en el Nuevo Milenio*, Dykinson, Madrid, 2000

ASENJO-ARAQUE, et al., «Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia», *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, Vol. 2, Nº 1, enero 2015

<sup>75</sup> HEMBREE, Wylie C., et al., op. cit., pp. 3879.

<sup>76</sup> GUERRERO-FERNÁNDEZ, Julio/MORA PALMA, Cristina, «Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Nº 11, suplemento 1, 2020, p. 108.

<sup>77</sup> Vid., SANCHO GARGALLO, Ignacio, «Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado», *InDret*, 2/2004, pp. 20-21.

- ATAZ LÓPEZ, Joaquín, *Los médicos y la responsabilidad civil*, Montecorvo, Madrid, 1985
- BAUER, Greta/LAWSON, Margaret L./METZGER, Daniel L., «Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of “Rapid Onset Gender Dysphoria”?», *The Journal of Pediatrics*, Vol. 243, 2022
- BECERRA FERNÁNDEZ, Antonio, «Disforia de género/incongruencia de género: transición y de transición, persistencia y desistencia», *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Vol. 67, Núm. 9, 2020
- BECERRA-FERNÁNDEZ, Antonio, et al., «Valoración del tratamiento hormonal cruzado en transexuales: experiencia de una unidad de trastornos de identidad de género», *Revista Internacional de Andrología*, 7(3), 2009
- BECHARD, Melanie, et al., «Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A Proof of Principle Study», *Journal of Sex and Marital Therapy*, Vol. 43, Issue 7, 2017
- BIGGS, Michael, «The Dutch Protocol of Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence», *Journal of Sex & Marital Therapy*, versión online, 2022
- CADENAS OSUNA, Davinia, *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018
- CHURCHER CLARKE, Anna/SPILIADIS, Annastassis, «Taking the lid off the box: The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties», *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24, 2019
- COLEMAN, Eli et al., «Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People», Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, 2022
- COX, Paula/CARRASCO, M<sup>a</sup> Alejandra, «Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: doc concepciones distintas sobre la identidad de género», *Persona y bioética*, Vol. 24, Núm. 1, 2020
- DE VRIES, Annelou L.C, et al., «Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study», *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, Issue 8, 2011
- DE VRIES, Annelou L.C., et al., «Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment», *Pediatrics*, Vol. 134, Issue 4, 2014
- EXPÓSITO-CAMPOS, Pablo, «A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47:3, 2021
- GALÁN CORTÉS, Julio César, *Responsabilidad Civil Médica*, Civitas, Cizur Menor, 2016

GÓMES-PORRAS, Mariana et al., «Incongruencia de género: detransiciones y arrepentimientos», *Revista desexología*, Vol. 9, Núm. 1, 2020

GÓMEZ-GIL, Esther, et al., «Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones», *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 94, 2020

GONZÁLEZ VÁZQUEZ, Carmen, «La utilización off-label de los bloqueadores de la pubertad», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas Trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022

GUERRERO-FERNÁNDEZ, Julio/MORA PALMA, Cristina, «Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Nº 11, suplemento 1, 2020

HEMBREE, Wylie C., et al., «Guidelines on Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, November 2017, Vol. 102, Issue 11, pp. 3881-3882

HURTADO-MURILLO, Felipe, «Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Nº 6, Suppl., 2015

HUTCHINSON, Anna/MIDGEN, Melissa/SPILIADIS, Anastassis, «In support of research into Rapid-Onset Gender Dysphoria», *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2020

IRWIG, Michael S., «Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People- An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon», *The Journal of clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 107, 2022

KALTIALA-HEINO, Riittakerttu/SUMIA, Maria/TYÖLÄJÄRVI, Marja/LINDBERG, Nina, «Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development», *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:9, 2015

LITTMAN, Lisa, «Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports», *PloS ONE*, 13(8), 2018

LLAMAS POMBO, Eugenio, «Doctrina general de la llamada culpa médica», en *Estudios sobre la responsabilidad sanitaria: un análisis interdisciplinar*, La Ley, España, 2014

LÓPEZ GUZMÁN, José,

— *Transexualismo y salud integral de la persona*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016

— «La utilización de bloqueadores de la pubertad en personas trans», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas Trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022

- MARCHIANO, Lisa, «Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics», *Psychological Perspectives*, 60, 2017
- MARTÍN LEÓN, Antonio, «Lex artis y protocolos médicos» en *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*, Dykinson, Madrid, 2009
- MAS GRAU, Jordi, «Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante», *Revista Internacional de Sociología*, vol. 75 (2), e059, abril-junio, 2017
- MORAL-MARTOS, Amadora, et al., «Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso», *Anales de Pediatría*, Vol. 96, Núm. 4, 2022
- MORENO-PÉREZ, Oscar/ESTEVA DE ANTONIO, Isabel/GIDSEEN, «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)», *Endocrinología y Nutrición*, Vol. 59, Núm. 6, 2012
- ORTIZ FERNÁNDEZ, Manuel, *El consentimiento informado en el ámbito sanitario: responsabilidad civil y derechos constitucionales*, Dykinson, Madrid, 2021
- PÉREZ ÁLVAREZ, Marino/ERRASTI, José, «La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología queer», *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 2022
- ROBERTS, Christinta M., et al., «Continuation of Genderaffirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 107, 2022
- SEGURA, Carlos/MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis, «El médico en el Derecho Civil», en *Derecho Médico*, Vol. I, Tecnos, Madrid, 1986
- SEOANE, José Antonio, «Lex artis», *Anuario de Filosofía del Derecho*, Núm. 38, 2022
- SEOANE SPIEGELBERG, José Luis, Reus, «Apuntes sobre la responsabilidad civil médica: su tratamiento ante los tribunales», en *Régimen jurídico de la responsabilidad sanitaria*, Reus, Madrid, 2013
- SUESS SCHWEND, Amets, «La perspectiva de la despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020», *Gaceta Sanitaria*, 34 (S1), 2020
- TRIVES LOMBARDEO, Carmen, «Los bloqueadores de la pubertad. Aspectos farmacológicos: efectos secundarios», en *La administración de bloqueadores de la pubertad a personas trans: una aproximación interdisciplinar*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2022

VANDEBUSSCHE, Elie, «Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey», *Journal of Homosexuality*, 69:9, 2022

ZUCKER, Kenneth J., «Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues», *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2019

Fecha de recepción: 25.01.2023

Fecha de aceptación: 06.10.2023