

Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad

F. de Montalvo Jääskeläinen. Profesor Propio Agregado D.º Constitucional, UPComillas (ICADE). Cátedra Santander Derecho y Menores. Vicepresidente Comité de Bioética de España. Miembro del IBC, UNESCO.

Resumen

El debate acerca del tratamiento médico de los menores transexuales se muestra como un caso difícil en el que concurren diferentes intereses y valores en conflicto. La Reforma de 2015 del régimen jurídico de capacidad de menor en relación al tratamiento médico parece que aporta cierta solución al problema, ya que establece un criterio subjetivo complementario de determinación de la capacidad de obrar del menor en este ámbito, de manera que podría jurídicamente admitirse que un menor transexual accediera a los correspondientes tratamientos de reasignación sexual sin esperar a alcanzar la mayoría de edad. Sin embargo, las dudas científicas acerca de la futura reversibilidad de los deseos del menor durante su edad adulta dificultan la plena operatividad de dicha opción, al producir consecuencias irreparables en un situación que no se muestra claramente irreversible.

Palabras clave: *Dignidad; Integridad física; Derecho a la identidad; Tratamiento médico; Transexualismo; Minoría de edad; Capacidad de obrar; Titularidad de derechos.*

Abstract

The debate about the medical treatment of transsexual children is a difficult scenario where different conflicting interests and values concur. The 2015 Reform of the legal capacity of minors in relation to medical treatment seems to provide some solution to the problem, since it establishes a complementary subjective criterion for determining the child's capacity to act in this area. So, presumably, it could be legally admitted that a transsexual minor might accede to treatments of sexual reassignment without waiting to reach the age of majority. However, scientific doubts about the future reversibility of the child's wishes during adulthood make it difficult to effectively apply such option by producing irreparable consequences in a situation that is not clearly irreversible.

Key words: *Dignity; Physical integrity; Right to identity; Medical treatment; Transsexualism; Age of minority; Legal capacity; Ownership of rights.*

Introducción

En los últimos meses, la opinión pública ha vuelto a hacerse eco de una realidad que, aún no siendo muy relevante en cuanto a su número, sí que lo es desde la perspectiva de los valores en conflicto, como es la de los menores transexuales, es decir, aquellos individuos que en edades muy tempranas manifiestan su intención de vivir su desarrollo de conformidad con los hábitos y estereotipos del sexo opuesto al biológico. Este nuevo debate se ha producido como consecuencia de la campaña iniciada por una asociación que pretende hacer ver que tal hecho responde a un adoctrinamiento sexual obligatorio de los menores promovido por los poderes públicos de varias comunidades autónomas, reclamando el derecho fundamental de las familias a educar a sus hijos en libertad, de acuerdo con sus valores (sic!) –caso del autobús de HazteOír–. Junto a dicho suceso, han ocurrido otros ciertamente desgraciados como el reciente suicidio de un adolescente transexual de dieciséis años.

El debate acerca de la transexualidad en los menores lleva ya unos años siendo abordado por la opinión pública y, además, recientemente, ha dado lugar a la aprobación de diferentes leyes autonómicas, entre las que pueden destacarse la reciente Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.

Desde una perspectiva ético-legal, como veremos, la disforia de género cuando se trata de menores de edad presenta conflictos y dilemas de difícil solución, sobre todo, por los datos que resultan del estado actual de la evidencia científica.

Los principios de libre desarrollo de la personalidad y la propia dignidad humana informan de manera inexorable a favor de dar una respuesta positiva a aquel que, percibiendo una contradicción entre el sexo biológico y el género sentido, pretenda conformar y desarrollar su propio proyecto vital de acuerdo con sus preferencias, más aún, cuando no se aprecia que dicha opción afecte o limite los derechos y libertades de terceros. El propio proyecto de vida es algo tan absolutamente imprescindible de la dignidad humana que impedir el desarrollo de aquél supone negar la propia intangibilidad del ser humano.

Ello, sin embargo, no tendría que suponer que el Estado deba ir, necesariamente, más allá de la abstención y actuar positivamente mediante la prestación de los servicios sanitarios y/o sociosanitarios para lograr que dicho proyecto vital pueda desarrollarse. Sin embargo, en la moderna teoría de los derechos fundamentales la libertad exige para que pueda gozar de verdadera virtualidad el individuo debe disponer de un mínimo de recursos, so pena de afirmar que la libertad de desarrollar el propio proyecto de vida queda limitado a aquellos que dispongan los recursos sanitarios que lo hagan factible. El Estado tiene un deber que trasciende a la mera dimensión negativa (deber de abstención) y que se completa con una dimensión positiva (deber de prestación), más aún cuando hablamos de prestaciones que conectan directamente con la dignidad humana y con grupos especialmente vulnerables como son los menores de edad. Para que en nuestras sociedades pueda desarrollar su proyecto vital no basta con que el Estado se abstenga de intervenir sino que es necesario una acción positiva de prestar, lo que cobra especial relevancia en ámbitos como el que nos ocupa, el de la salud.

Aceptar que el Estado no puede obstaculizar que un sujeto pueda desarrollar su proyecto de vida de conformidad con el género que es sentido y, más aún, deba actuar positivamente a favor de ello es algo poco discutible. Sin embargo, en el ámbito en el que nos encontramos es el de los menores de edad, donde la capacidad de decisión del individuo se encuentra claramente limitada y en el que el Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante no solo frente a los ataques por parte de terceros sino incluso respecto de las propias decisiones del menor que ponga en riesgo su vida o integridad.

La transexualidad: diferencias entre sexo y género

Se trata de un conflicto difícil en el que se entremezclan elementos culturales, sociológicos, antropológicos, médicos, éticos y legales. Resumidamente, podemos señalar que la transexualidad se considera la situación más extrema dentro de las discordancias entre la identidad de género y el sexo biológico y se define como un malestar intenso o disforia con el sexo anatómico e identificación con el otro sexo. Esta identidad cruzada suele conducir a una serie de cambios adaptativos físicos y sociales en la vida cotidiana (hábito externo, elección de un nombre acorde con su identidad, rol genérico, etc.), que constituyen el test de vida real o experiencia de la vida real. Ha sido también definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido. Como consecuencia de la discordancia la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca (en el caso de los menores, sus padres) adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al género sentido y deseado. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (Pleno de la Sala Primera) de 17 de septiembre de 2007, *"transexual, según la doctrina médico-legal, es el sujeto que, presentando los caracteres genotípicos y fenotípicos de un determinado sexo (o género) siente de modo profundo pertenecer al otro sexo, del cual ha asumido el aspecto exterior y ha adoptado los comportamientos y en el cual, por tanto, quiere ser asumido a todos los efectos y bajo cualquier sacrificio"*.

La distinción entre los términos sexo y género nace a mediados del siglo XX dentro de los movimientos en contra de la discriminación de las mujeres. El concepto género surge en la literatura y se traslada posteriormente a la psicología y a la antropología y su razón de ser responde a la necesidad de reconocer que la realidad integral del ser humano supera la biología, en el sentido de que, en la conforma-

Desde una perspectiva ético-legal, la disforia de género en menores presenta conflictos y dilemas de difícil solución

La transexualidad es un malestar intenso o disforia con el sexo anatómico e identificación con el otro sexo

ción y desarrollo de la identidad sexual, poseen, asimismo, mucha importancia la educación, la cultura y la libertad. Estos factores influyen a su vez en el papel o rol sexual que asume una persona en su desenvolvimiento social. El sexo sería lo biológico y fisiológico, el status biológico de la persona, y es expresión de la dualidad biológica varón/mujer y el género sería lo cultural, los roles sociales asignados a cada uno de los sexos, los patrones de comportamiento que la sociedad atribuye a cada uno de ellos. El género es, se dice, la institucionalización social de la diferencia social. En los términos que aparecen en el Diccionario de la lengua española de la Real Academia, sexo es la condición orgánica, masculina o femenina, mientras que género es el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.

El sexo hace referencia al elemento biológico de los sujetos. El género engloba aquellas facultades, virtudes o defectos que se atribuyen a un determinado sexo

El sexo hace referencia, pues, al elemento biológico de los sujetos mientras que con género se engloban aquellas facultades, virtudes o defectos que se atribuyen a un determinado sexo como resultado de los prejuicios sociales. La identidad de género implica el reconocimiento por parte de un sujeto con un determinado género que, en el caso de los transexuales, no coincide con su sexo, mientras que con identidad sexual se alude al reconocimiento de un sujeto con un sexo biológico concreto.

La transexualidad no debe ser confundida con la intersexualidad. En la primera, el individuo tiene un sexo biológico inequívoco, pero siente que pertenece psicológicamente al otro sexo, de modo que a menudo elige someterse a intervenciones médicas para alinear su cuerpo con su identidad sexual. En la segunda, el individuo presenta una ambigüedad sexual que suele expresarse a través de la presencia simultánea de órganos sexuales femeninos y masculinos, es decir, coexisten elementos biológicos y fisiológicos de ambos sexos. Se trata de una variación cromosómica que tiene lugar durante el desarrollo gonadal en la etapa prenatal temprana, generando una insuficiente diferenciación gonadal y genital. Como señala el Comité Nacional de Ética de Alemania (*Deutschen Ethikrat*), se refiere a personas que no pueden clasificarse inequívocamente como hombres o mujeres debido a las particularidades físicas. El término pretende reemplazar las denominaciones más antiguas, tales como hermafrodita que puede tener carácter discriminatorio. La palabra sexualidad deja abierta la cuestión de si se relaciona con un tercer sexo o si el sexo de la persona simplemente no ha sido o no puede ser determinado.

Nuestros Tribunales se han referido a la diferencia entre ambos en el marco del debate acerca de la cobertura asistencial con cargo al Sistema Público de Salud de las operaciones de reasignación en los estados intersexuales, señalando que, mientras el transexualismo se caracteriza por la identificación con el sexo opuesto, con convicción de pertenecer a él y deseo de cambio de sexo morfológico, la intersexualidad es un estado o cualidad en el que el individuo muestra caracteres sexuales de ambos sexos, como consecuencia de la configuración de sus cromosomas (SSTSJ Madrid 23 de septiembre de 2005, Ar. 2005/2900) y País Vasco de 21 de junio de 200, Ar 2005/2428).

La condición de transexual es, en cualquier caso, más compleja, ya que, produciéndose igualmente en edades muy tempranas, genera incluso más rechazo social que la intersexualidad al no poderse recurrir a razones meramente fisiológicas que justifiquen esta discordancia.

El problema que plantea la transexualidad en menores desde una perspectiva ético-legal: la falta de evidencia científica sobre la irreversibilidad (irreparabilidad) de la situación en el futuro

El tratamiento médico de los menores de edad transexuales presenta diferentes problemas que se están obviando en el debate que mantiene la opinión pública. Así, debemos recordar que habitualmente el tratamiento médico de dichos menores suele orientarse hacia la adaptación física del menor hacia el sexo sentido y deseado, con una gran presión por parte de los padres que quieren ver resuelta una situación que en muchas familias supone una alteración radical de su status quo. Tal adaptación implica, desde el punto de vista clínico y en la mayoría de casos, el desarrollo de tres fases de tratamiento: una primera fase de tratamiento hormonal cuyas consecuencias son reversibles y sus riesgos no especialmente relevantes; una segunda fase de tratamiento también hormonal ya con consecuencias irreversibles (esterilidad) y riesgos relevantes; y una tercera fase de cirugía de reasignación sexual.

Por lo que se refiere a los tratamientos meramente farmacológicos (hormonas), el problema radica principalmente en las consecuencias posibles (riesgo de afectos adversos no deseados aunque no descartables) o ciertas derivadas de dichos tratamientos. A este respecto, debemos recordar que el

artículo 9.4 de la Ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002) dispone que los menores de dieciséis o más años podrán autorizar o rechazar los tratamientos médicos, en condiciones similares a las de los mayores de edad, aunque con una excepción: cuando tal aceptación o rechazo del tratamiento suponga un grave riesgo para la vida o salud del menor. En tal caso, el menor no gozará de la capacidad de obrar suficiente, aún cuando haya alcanzado la edad de dieciséis años.

Trasladada dicha previsión legal al tratamiento de la transexualidad, parece que el tratamiento de primera fase no ha de presentar problema alguno ya que se trata de una intervención sin riesgos significativos y, además, es reversible o, al menos, no produce consecuencias irreparables, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal del sexo biológico si fuese necesario. Así pues, el problema se sitúa en el tratamiento hormonal de segunda fase por los riesgos asociados (véase, entre otros, esterilidad) y su carácter irreversible. En este caso, parece poco justificado desde la perspectiva de lo que dispone la Ley de autonomía del paciente que se le pueda someter a un menor, incluso de dieciséis años, a un tratamiento que produce esterilidad y que conlleva riesgos relevantes y que, sobre todo, produce una situación difícilmente reversible.

En el caso del tratamiento quirúrgico la cuestión es más sencilla de resolver, ya que parece difícil admitir que un menor pueda autorizar una cirugía que supone una mutilación tal, aún cuando cuente con dieciséis años de edad. Se trata de una decisión que encaja plenamente en la excepción que recoge el citado artículo 9.4. Sin olvidar que el Código Penal establece en su artículo 156 que *“el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de ... esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o carezca absolutamente de aptitud para prestarlo, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales”*. Sin perjuicio de dicha prohibición penal, el apartado 2 del mismo artículo permite tales hechos, incluso en menores, cuando sean acordados por órgano judicial y siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil.

Por otro lado, la reciente reforma legal del régimen de capacidad de obrar del menor en el ámbito del tratamiento médico aprobada en 2015 pudiera entenderse que flexibiliza el criterio que venimos comentando ya que, al amparo de su Preámbulo, establece que si se aprecia madurez suficiente en el menor podría facilitarse el tratamiento pese a que cuente con menos de dieciséis años. Sin embargo, si ello es perfectamente factible en los tratamientos farmacológicos de primera fase, al no derivarse de estos riesgos especialmente relevantes, no ocurre lo mismo con los de segunda fase y, menos aún, con el tratamiento de tercera fase, quirúrgico. La incorporación del criterio subjetivo (madurez suficiente pese a no haber alcanzado la mayoría de edad) no supone una excepción a la regla que instituye el citado apartado 4 del artículo 9 en virtud de la cual, cuando se trate de un grave riesgo para la vida o salud del menor, debe acudirse a la regla general de mayoría de edad. Así pues, es difícil mantener que la incorporación de tal criterio subjetivo en la interpretación de la capacidad del menor respecto del tratamiento médico resuelve el problema. El criterio subjetivo de madurez real como excepción a la regla general objetiva de edad puede gozar de una gran operatividad en el marco del tratamiento médico pero no cuando la decisión a adoptar compromete gravemente la vida o salud del menor, conforme se describe el mencionado apartado 4 del artículo 9. Los tratamientos médicos de grave riesgo para la vida o salud del menor exigen, en principio, la mayoría de edad del sujeto, con independencia de su madurez real. Es una regla especial de protección del menor, dado que se entiende que debe quedar protegido, incluso contra sus propias decisiones, cuando su vida o salud esté en grave riesgo.

En definitiva, el problema radica en aquellos tratamientos de la disforia de género que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del menor o que impliquen riesgos de especial relevancia, como serían las terapias hormonales de segunda fase o la cirugía. Atendido tanto el citado artículo 9, incluso, tras la reciente reforma de 2015, como el artículo 156 del Código Penal que dispone que la esterilización y cirugía transexual realizadas por facultativo es punible penalmente cuando el otorgante de sea menor de edad, no siendo válido ni siquiera el prestado por sus representantes legales, solamente la mayoría de edad habilitaría para llevarlos a cabo.

Frente a tales previsiones legales podría esgrimirse que la Ley desatiende el verdadero problema del menor trasladando la solución a la mayoría de edad, con el propio impacto que en la integridad moral del menor puede tener retrasar el tratamiento años después de que, por ejemplo, se muestren con mucha expresividad los respectivos órganos sexuales. Puede mostrarse como una contradicción en sí mismo que en aras de proteger la salud e integridad del menor se acabe por lesionar en muchos casos su propia salud e integridad.

Los menores de dieciséis años podrán autorizar o rechazar los tratamientos médicos, con una excepción: cuando suponga un grave riesgo para la vida del menor

El tratamiento hormonal en segunda fase conlleva riesgos relevantes y produce una situación difícilmente reversible

Los tratamientos médicos de grave riesgo para la vida o salud del menor, exigen la mayoría de edad del sujeto con independencia de su madurez real

Ello, sin embargo, podría salvarse porque los tratamientos hormonales de segunda fase y la cirugía de reasignación sexual cabría efectuarlos, mediando una autorización judicial específica. ¿Cuándo puede adoptarse tal decisión? Obviamente, cuando ello suponga satisfacer el mejor interés del menor y aquí radica, precisamente, el problema si atendemos a la evidencia científica con la que contamos en la actualidad.

El mejor interés del menor es vivir su propio proyecto de vida de conformidad con el sexo deseado

Podría contestarse fácilmente que el mejor interés del menor es vivir su propio proyecto de vida de conformidad con el género deseado y no el presuntamente asignado físicamente por la naturaleza o, al menos, determinado meramente de visu, exclusivamente en razón de su sexo anatómico. El Comité de los Derechos del Niño dispone que el concepto de interés superior del niño es complejo, y su contenido debe determinarse caso por caso. Por consiguiente, el concepto de interés superior del niño es flexible y adaptable. Debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño y teniendo en cuenta el contexto, la situación y las necesidades personales. En lo que respecta a las decisiones particulares, se debe evaluar y determinar el interés superior del niño en función de las circunstancias específicas de cada niño en concreto. Es preciso evaluar los problemas que se plantean cuando se trata de proteger a los niños en relación con las medidas de empoderamiento, debiendo buscarse un equilibrio entre la protección del niño y su empoderamiento. Y, sobre todo, valorar que los encargados de adoptar decisiones adopten medidas que puedan ser revisadas o ajustadas en lugar de tomar decisiones definitivas e irreversibles. Es decir, lograr un equilibrio entre el niño como sujeto en evolución y la necesidad de que el niño disfrute de estabilidad.

En el debate que nos ocupa, el problema radica, pues, en la reversibilidad o no de los deseos del menor. Si la evidencia científica demostrara que aquellos casos de transexualidad que aparecen en edades muy tempranas no se ven alterados en el futuro, no produciéndose una situación de reversión psicológica de los deseos del menor, sería difícil mantener que adoptar dichas decisiones clínicas, incluso en edades muy tempranas, no suponen satisfacer el mejor interés del menor. Sin embargo, la poca evidencia científica que existe en la actualidad precisamente informa de lo contrario. Los pocos estudios que se han realizado en el extranjero sobre la posibilidad de reversión de los deseos del menor una vez alcanzada la mayoría de edad señalan que en un porcentaje muy alto de casos el sujeto pretende volver a su sexo de origen. Así, Steensma et al. (2013), Amsterdam, 37% de persistencia, y Wallien et al. (2008), también Amsterdam, reflejan que la situación persiste en la mayoría de edad entre un 27 y un 37% de los casos, lo que significa, lisa y llanamente, que entre un 63 y un 73% de los casos, el menor, una vez alcanzada la mayoría de edad, cesa en sus deseos de vivir un proyecto vital de manera contraria a su sexo biológico. Piénsese, entonces, en qué situación queda el sujeto al que se ha esterilizado y mutilado durante la minoría de edad, tratando de transformar su apariencia en la del sexo contrario.

La persistencia de DG en la mayoría de edad, según diversos estudios extranjeros es de un 27 a un 37% de los casos

También es interesante destacar que hay autores que señalan (López Guzmán) que al ser la posibilidad de error de diagnóstico en edades tempranas muy elevada, cifrándose en un 95% por algunos autores, y provocando los tratamientos importantes mutilaciones, hay que ser muy prudentes a la hora de acometerlos.

Con todo lo anterior no decimos que tales datos sean inexorablemente válidos, pero lo cierto es que existen, sin que frente a ellos puedan esgrimirse, más allá de meras vivencias personales, datos o estudios que muestren lo contrario. Además, la supresión de las unidades de referencia en el abordaje de los menores transexuales que se está llevando a cabo en varias Comunidades Autónomas, mediante la descentralización de los servicios y tratamientos no va a jugar a favor de obtener mayor evidencia, por las dificultades de interrelacionar y tratar conjuntamente toda la información.

Si la literatura mostrara una evidencia científica sobre la persistencia en la edad adulta, puede entenderse que la dignidad y libre desarrollo de la personalidad en un ámbito tan personal como es la identidad sexual, entendido el derecho a la identidad como el derecho a ser uno mismo y a ser percibido por los demás como quien se es, es decir, como derecho a la proyección y autoconstrucción personal, habría de permitir acoger una excepción a lo dispuesto por el artículo 9.4 de la Ley de autonomía del paciente, ya que la cirugía de reasignación sexual, incluso a edades tempranas, responde al interés superior del menor.

Volviendo al caso de la intersexualidad, al que nos hemos referido al comienzo de nuestra nota, resulta evidente que el dilema jurídico es muy inferior, ya que no se trata de transformar la apariencia física del menor de manera que se aproxime o asimile a la del género deseado, sino de optar, en su caso, por asignarle definitivamente a uno de los dos sexos físicamente presentes. En todo caso, también en este controvertido supuesto la doctrina propone esperar a la mayoría de edad o a la madurez del menor para que sea éste quien decida el sexo al que quedará asignado. Como se ha señalado (Siverino Bavio), esta discrepancia entre las expectativas sociales y la realidad, generada por el cuerpo disidente, inclasificable, del recién nacido produce una profunda ansiedad en la mayoría de los padres, quienes se sentirán urgidos de poder definir si el menor es un niño o una niña para poder situarlo socialmente.

Y más allá de las buenas intenciones, la realidad indica que la “urgencia” se interpreta en pos de poder “situar” a ese infante en un sistema sexual binario y calmar la ansiedad de los adultos. Pero ello viola de manera flagrante los derechos del menor y desconoce el principio del interés superior del menor e impide que sea éste el que al crecer exprese cuál es su género autopercebido.

Otro de los problemas radica en plantearse hasta que punto la solución puramente farmacológica y quirúrgica resuelve la situación del menor. ¿Existe suficiente literatura que avale que los individuos con disforia de género manifestada en edades muy tempranas ven resuelto su problema de base con tales tratamientos?. Tampoco ello parece estar confirmado. Ciertamente, el tratamiento de la transexualidad está muy vinculado no sólo a la evolución social, sino también a la evolución de la medicina, de tal modo que los avances médicos que permiten una plena adecuación entre la identidad sexual sentida y la apariencia física, corren parejos con la evolución de la moral social y suscitan nuevos retos para el Derecho, que debe acoger la nueva situación de personas que alteran su sexo de nacimiento. Pero ello no obsta para plantearse si todo lo quirúrgicamente posible lo es también desde la perspectiva del interés superior del menor, como parece que está ocurriendo en la literatura médica más reciente. En un trabajo publicado en 2011 (DHEJNE, C. et al.) se concluye tras un estudio de cohortes que se aprecian unas tasas sustancialmente más altas de mortalidad general, muerte por enfermedad cardiovascular y suicidio, intentos de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas en individuos transexuales reasignados por sexo en comparación con una población de control sana. Esto pone de relieve que los transexuales posquirúrgicos son un grupo de riesgo que necesita un seguimiento psiquiátrico y somático a largo plazo. A pesar de que la cirugía y la terapia hormonal alivian la disforia de género, al parecer no es suficiente para remediar las altas tasas de morbilidad y mortalidad encontradas entre las personas transexuales. Por lo tanto, se debe considerar la necesidad de mejorar la atención del grupo transexual después de la reasignación del sexo.

Por ello, ya se habla de buscar otras formas de acomodo de la situación distintas de la fórmula puramente médico-quirúrgica y así cobra especial interés las propuestas de avanzar hacia un tercer género no binario, que, más allá del debate social que suscite, puede constituir una solución para muchos de los casos, *desmedicalizando* no el acompañamiento del mejor, pero sí la solución a su situación vital.

En definitiva, el problema no reside tanto en que estemos en el campo de las decisiones médicas respecto de menores, lo que ética y legalmente es complejo, sino, sobre todo, en la evidencia acerca de la reversión natural de los deseos de los menores, sobre lo que parece existir un debate científico muy relevante y no resuelto, como demuestra la literatura más reciente. Ello, en aplicación del principio de irreparabilidad, parece determinar que no pueda aceptarse una excepción al régimen jurídico de capacidad de obrar en el ámbito del tratamiento médico, exigiéndose haber alcanzado la mayoría de edad para adoptar tal decisión (vid. art. 9.4 de la Ley de autonomía del paciente).

Tal dilema especialmente relevante está sin embargo siendo obviado por la opinión pública, dividiéndose ésta entre los que defienden a ultranza la capacidad del menor y de sus padres de optar por adaptar físicamente al menor al sexo deseado, incluso, a edades muy tempranas, y las de aquellos otros que realizan discursos que promueven la discriminación y estigmatización de quienes sufren tal situación.

En individuos transexuales reasignados por sexo, se observan altas tasas de mortalidad cardiovascular, suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas en comparación con la población de control

Bibliografía

1. Bartolomé Tutor, A. *Menores e identidad de género: aspectos sanitarios, jurídicos y bioéticos*. Sepin, Madrid, 2017.
2. Benavente Moreda, P. *Orientación sexual e identidad de género y relaciones jurídicas privadas*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2013; 17: 1-75.
3. De Montalvo Jaaskelainen, F. *Problemas legales acerca del tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad transexuales*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2017; 24: 1-32.
4. De Montalvo Jaaskelainen, F. *La autonomía de voluntad del menor en el ámbito sanitario*, en Gascón Abellán, M., González Carrasco, M.C. y Cantero Martínez, J.(Coord.). *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.
5. *Deutscher Ethikrat*. *Intersexuality*, 23 de febrero de 2012.
6. Elosegui, M. *La transexualidad. Jurisprudencia y argumentación jurídica*. Comares, Granada, 1991.
7. López Guzmán, J. *Transexualidad y salud integral de la persona*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.
8. Scherpe, J.M. *The legal status of transexual and transgender persons*. Intersentia, Cambridge, 2015.
9. Siverino Bavio, P. *Diversidad sexual y derechos humanos: hacia el pleno reconocimiento de las personas sexualmente diversas*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2014; 19: 1-38.
10. Tapia Ballesteros, P. *Orientación sexual, identidad de género y Derecho penal*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2013; 17: 1-29.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **El concepto de interés superior del menor, ¿cuál cree Ud. que es la afirmación falsa?:**
 - a) El Comité de los derechos del niño admite que es complejo y debe valorarse caso por caso.
 - b) Debe ser flexible y adaptable.
 - c) No es necesario conocer las circunstancias si se cuenta con la aprobación del niño firmada.
 - d) Debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño.

2. **Los deberes del Estado respecto al tratamiento de la disforia de género. ¿Cuál es la falsa?**
 - a) El propio proyecto de vida es algo tan absolutamente imprescindible de la dignidad humana que el Estado debe protegerlo.
 - b) El Estado debe garantizar los servicios sanitarios y sociales para desarrollar el propio proyecto personal.
 - c) El Estado no debe inmiscuirse en razones personales, debe ser la familia quien tome las decisiones en caso de un menor.
 - d) Solamente en caso de que las instituciones escolares no faciliten el desarrollo del niño, el Estado debería intervenir.

3. **Ante las pocas evidencias científicas sobre los beneficios de los tratamientos tanto médicos como quirúrgicos en la disforia de género, y la irreversibilidad de sus resultados, así como la evolución de la identidad en la adolescencia, el interés superior del menor, obligaría a:**
 - a) Ser prudentes y conservadores.
 - b) Ayudar lo más posible al desarrollo personal y social.
 - c) Reforzar la incondicionalidad de la aceptación familia como factor protector mas importante.
 - d) Todas son razonables.

Respuestas correctas en la página 78.e29



Hazte socio

www.adolescenciasema.org



La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 25€ anuales.