

Autonomía progresiva y consentimiento informado en tratamientos de transición de género en adolescentes: un análisis jurídico y bioético dialéctico del caso *Bell vs. Tavistock*

Progressive autonomy and informed consent in adolescent gender transition treatments: a dialectical legal and bioethical analysis of *Bell v. Tavistock*

Claudia Orellana Robalino*

VLF Mx asesoría y consultora legal, Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.06>

Resumen

El caso *Bell v. Tavistock*, resuelto por los tribunales del Reino Unido entre 2020 y 2021, constituye un referente en el debate contemporáneo

* Chief Executive Officer CEO -VLF Mx asesoría y consultora legal, Ciudad de México, México. Correo electrónico: clau1.618orellana@gmail.com ORCID record: 

Recepción:
28.01.2026

Envío a dictamen:
28.01.2026

Aceptación:
22.03.2026

Publicación:
01.10.2026

CÓMO CITAR: Orellana Robalino, C. (2026). Autonomía progresiva y consentimiento informado en tratamientos de transición de género en adolescentes: un análisis jurídico y bioético dialéctico del caso *Bell vs. Tavistock*. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n4.06>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

sobre la autonomía de los adolescentes para consentir tratamientos de transición sexo-genérica. El litigio cuestionó la administración de bloqueadores de pubertad a menores de 16 años por parte del *Gender Identity Development Service* (GIDS) del *National Health Service* (NHS), poniendo en evidencia tensiones bioéticas clave relativas al consentimiento informado, la autonomía progresiva conforme al estándar de las competencias Gillick, la incertidumbre científica sobre los efectos a largo plazo y la delimitación de responsabilidades entre el ámbito clínico y el Judicial. El análisis del caso jurídico y bioético desde los modelos principialista y personalista, permite examinar la interpretación de la autonomía progresiva, la vulnerabilidad adolescente y la proporcionalidad terapéutica. Se sostiene que la Alta Corte adoptó una postura prudencial cercana al personalismo, mientras que la Corte de Apelación restableció un enfoque principialista centrado en el juicio clínico y la autonomía progresiva conforme a la doctrina Gillick.

Palabras clave: terapia de transición sexo-genérica, reafirmación de género, modelos bioéticos, principialismo, personalismo ontológico, bioderecho.

1. Introducción

La incongruencia de género es una condición en la que la persona presenta una incongruencia persistente y marcada entre su identidad de género y su sexo biológico asignado al nacer (1). Esta definición de la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 11 por sus siglas en inglés) considera la incongruencia de género como una condición médica, y ya no como un trastorno mental, eliminado el estigma de la patologización de la diversidad sexo-genérica de la ICD10. La importancia de esta reclasificación de la incongruencia de género en la ICD11 radica en reflejar un avance conceptual el ámbito social, políticas, investigación, la práctica clínica, y leyes y normas de derechos humanos, actualmente reconsiderándolas como Condiciones Relacionadas con la Salud Sexual, superando la separación mente/cuerpo que es inherente a la CIE-10. Los

trastornos de la identidad de género en la CIE-11 han sido reconceptualizados como Incongruencia de género (2). Hay que mencionar que la definición de disforia de género del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) del año 2013 de la Asociación Americana de Psiquiatría ya no clasificaba la disforia de género como un trastorno mental psiquiátrico, y en su lugar lo hace como un malestar que no debe ser etiquetado como un trastorno psiquiátrico (3). Por lo tanto, la disforia de género es parte de la identidad de género que en sí misma no es un trastorno, entonces esta definición enfoca el problema clínico en el malestar por la incongruencia sexo-genérica, y reconoce a la identidad transexual y transgénero como una variación normal de la experiencia humana. Esto es reforzado por el marco internacional, regional, y de algunas naciones en el reconocimiento de la diversidad sexo genérica como un derecho humano y parte de la dignidad. Así lo ha reconocido el Alto Comisionado de Naciones Unidas de derechos humanos (ACNUDH):

La diversidad sexo-genérica comprende la pluralidad de identidades de género, expresiones de género y orientaciones sexuales que existen en las sociedades humanas, entendida como parte de la dignidad humana y protegida por los principios de igualdad y no discriminación (4).

La protección internacional de la diversidad sexo-genérica se fundamenta en un marco compuesto por tratados y estándares interpretativos. Aunque el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC) no mencionan expresamente estas categorías, sus órganos han reconocido que están comprendidas en los principios de igualdad y vida privada, como en *Toonen v. Australia* (5). En el sistema interamericano, la Corte IDH afirmó en la OC-24/17 que la identidad, la expresión de género y la orientación sexual están plenamente protegidas por los derechos a la dignidad, la autonomía y la no discriminación (6). La Convención Interamericana contra Toda

Forma de Discriminación e Intolerancia es el único tratado que menciona explícitamente OSIEGCS (7).

El cambio en la conceptualización de la incongruencia de género permite que se considere como una condición o malestar de salud que requiere atención sin patologizar a la persona, lo que implica el acceso a servicios de salud y asistencia social y legal tales como: acompañamiento psicológico, tratamiento de hormonas cruzadas, cirugía de reasignación sexo-genérica, y transición social y legal al género deseado (3).

Las terapias de transición sexo-genérica, también llamadas de reafirmación de género incluyen varias tales como bloqueadores de pubertad, terapia hormonal, acompañamiento psicológico, y cirugías de reasignación sexo-genérica. Desde la edad antigua tanto en Egipto como en Roma existen los primeros reportes de cambio de identidad de género. No obstante, las terapias de transición sexo genérica han sido desarrolladas desde el siglo XX principalmente en Europa y Estados Unidos, algunos hitos históricos importantes son: la primera cirugía de reafirmación de género se la realizó en Berlín-Alemania por el doctor Magnus Hirschfeld, considerado el pionero de la atención médica para personas transgénero y fundó el Instituto de Ciencias Sexuales en Berlín. Este fue el primer instituto del mundo dedicado a la sexología y sede de la primera cirugía de afirmación de género documentada: orquitectomía, penectomía y vaginoplastia en una paciente transgénero; y la fundación por parte del médico Harry Benjamin de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (HBIGDA), que definió los estándares de atención para las personas transgénero que deseaban tratamiento médico y quirúrgico. En 2007, HBIGDA pasó a ser conocida como la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), que es una organización profesional dedicada al cuidado y tratamiento de personas con disforia de género en la actualidad (8). En Estados Unidos la Universidad de John Hopkins inauguró en 1966 el Gender Identity Clinic siendo la primera clínica en EE.UU en ofrecer cirugías de reafirmación de género, la clínica estuvo abierta hasta 1979

cuando por coacción del jefe de psiquiatría Paul R. McHug presionó para su cierre argumentando la futilidad de los cuidados sanitarios de afirmación de género, hasta que se reabrió en 2017 con el compromiso de brindar atención sanitaria a la comunidad LGBTIQ incluyendo tratamientos de reafirmación de género (9).

El protocolo holandés Dutch Protocol es el primero en establecer una guía para adolescentes con incongruencia de género, que señala es vital dar acompañamiento psicológico y utilizar bloqueadores de pubertad (BP) con el objetivo de ganar tiempo antes de continuar con los demás procedimientos de reafirmación de género, incluyendo las cirugías. La intervención se justifica con alegaciones de que es reversible y que es una herramienta para el diagnóstico, pero estas afirmaciones son cada vez menos creíbles por una porción de médicos. La evidencia del protocolo holandés provino de un estudio con 70 adolescentes tratados con supresión puberal, hormonas cruzadas y cirugía. Los resultados iniciales fueron en general positivos, aunque limitados por el pequeño número de casos y medidas poco consistentes. Una réplica en Reino Unido no halló mejoras. Mientras algunos efectos, como la densidad ósea, se han estudiado, otros como el funcionamiento sexual y siguen poco explorados (10).

Una vez que hemos introducido los principales conceptos relacionados al tema del artículo se sigue con el breve resumen del caso Bell vs. Tavistock, cuyos argumentos jurídicos serán analizados a profundidad más adelante. El caso Bell v. Tavistock cuestionó el uso de bloqueadores puberales en menores en el centro de salud Tavistock parte integrante de la Gender Identity Development Service (GIDS), que era el servicio especializado del NHS en Reino Unido encargado de la atención clínica para niños y adolescentes con incongruencia o disforia de género, la clínica Tavistock cerró y actualmente se replanteó una reestructuración de los servicios de salud, sociales y legales (11). En 2020, la Alta Corte (High Court) sostuvo que los menores de 16 años difícilmente podían otorgar un consentimiento informado debido a la complejidad y consecuencias a largo plazo del tratamiento, calificándolo además como experimental.

También exigió una comprensión clara de riesgos y de la alta probabilidad de progresión a hormonas cruzadas, y señaló que los médicos podrían necesitar autorización judicial antes de tratar a cualquier persona menor de 16 años, y posiblemente incluso para algunos de 16 a 17 años, debido a la novedad y al carácter transformador del tratamiento (12). En 2021, la Corte de Apelación (Court of Appeal) revocó esta decisión, afirmando que la evaluación de la competencia corresponde al criterio clínico y no a los tribunales (13).

El caso influyó en políticas posteriores, incluyendo restricciones a bloqueadores para menores, y condujo a la reorganización del Tavistock. Sigue siendo un dilema en el debate sobre consentimiento adolescente, intervenciones médicas experimentales y ética clínica en disforia de género.

Los objetivos principales del artículo son analizar el dilema bioético planteado por el caso Bell vs. Tavistock que radica en si los adolescentes menores de 16 años pueden o no brindar su consentimiento informado, sin necesidad de autorización de sus padres ni judicial, al ser declarados Gillick competentes por el juicio clínico, lo que les permite decidir iniciar o no con los tratamientos de transición sexo-genérica, y en específico los bloqueadores de pubertad (BP), y las hormonas cruzadas. Análisis que se realiza a través de los modelos bioéticos principalista y personalista ontológico para identificar como los principios de cada modelo se aplican y sus posibles respuestas al dilema bioético que se presenta, y analizar las similitudes y contrastes entre aquellos. Además, de considerar las decisiones judiciales en el presente caso que interpretaron de forma diferentes el alcance del juicio clínico del personal de salud y las competencias de Gillick o criterios de interpretación del Consentimiento Informado (CI) de los adolescentes en Reino Unido. La metodología cualitativa que se utiliza en el artículo es mixta tanto del Derecho como la bioética, las metodologías del derecho que se usan es dogmático-jurídico para la revisión de las sentencias en primera y segunda instancia del caso, el método axiológico y de ponderación para identificar los principios y derechos humanos interpretados por

las Cortes de Reino Unido; la metodología bioética es el análisis del caso a través de los métodos del principialismo y personalismo, con el objetivo de compararlos entre sí identificar cómo se aplican los principios de cada uno, y las posibles soluciones al dilema bioético desde estas dos visiones.

El marco teórico del artículo se sustenta en tres ejes: los modelos bioéticos del principialismo y el personalismo, el derecho internacional de los derechos humanos, y los conceptos de autonomía progresiva y competencias Gillick. El principialismo aporta criterios para evaluar decisiones médicas mediante los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, lo que permite valorar la capacidad del menor para un consentimiento informado válido. El personalismo, por su parte, enfatiza la dignidad intrínseca y la protección reforzada del menor como sujeto vulnerable, subrayando límites prudenciales ante intervenciones que afectan su desarrollo integral, en sus dimensiones física, psíquica, social, moral, y espiritual. Desde los derechos humanos, se reconoce al menor como titular de derechos con capacidad evolutiva, lo que sienta las bases normativas de la autonomía progresiva. En este marco, las competencias Gillick operan como estándar jurídico y clínico para determinar si un adolescente posee madurez suficiente para consentir tratamientos médicos, integrando así bioética y derechos humanos en la evaluación del caso *Bell v. Tavistock*. Este marco permite examinar cómo la Alta Corte de primera instancia privilegiaba una visión más paternalista y personalista, mientras que la Corte de Apelación reestableció la discreción clínica con base en los criterios Gillick para declarar competente una lectura más principialista de la autonomía.

El artículo se desarrolla en tres epígrafes: el primero analiza los argumentos jurídicos de las Cortes en Reino Unido de primera instancia o Alta Corte y de segunda o Corte de Apelación en cuanto al alcance del juicio clínico, y la interpretación de los criterios Gillick aplicables para el CI de los adolescentes en temas de salud; el segundo epígrafe se estudia el dilema bioético en base al modelo principialista, y el último epígrafe se analiza en base al modelo personalista.

2. Argumentos jurídicos de las Cortes de Reino Unido en el caso Bell vs. Tavistock

En el siguiente epígrafe se analizarán las dos sentencias de primera y segunda instancia del caso utilizando el método dogmático del resumen del caso para identificar los principales argumentos de su decisión y facilitar su comprensión y comparación

En el siguiente epígrafe se analizará las dos sentencias de primera y segunda instancia de caso utilizando el método dogmático del resumen del caso para identificar los principales argumentos de su decisión y facilitar su comprensión y comparación.

2.1. Análisis de la sentencia de primera instancia del caso Bell vs. Tavistock

Sentencia de la Alta Corte de Justicia (Queen's Bench Division), emitida por Dame Victoria Sharp (President), Lord Justice Lewis y Mrs Justice Lieven, el 1 de diciembre.

Hechos relevantes: el caso surge a raíz del tratamiento proporcionado por el Gender Identity Development Service (GIDS) del Tavistock and Portman NHS Foundation Trust a menores con disforia de género, específicamente la prescripción de bloqueadores de pubertad. Los demandantes Quincy Bell, una joven que recibió el tratamiento, y “Mrs A”, madre de una menor en lista de espera sostuvieron que los adolescentes carecen de madurez cognitiva para comprender la naturaleza, riesgos y consecuencias a largo plazo de los bloqueadores, especialmente dada su frecuente transición subsecuente hacia hormonas de sexo cruzado, con efectos irreversibles. Alegaron, además, que el consentimiento informado era insuficiente y que el tratamiento carecía de una base científica robusta.

Historia procesal: el asunto se presentó mediante revisión judicial para impugnar la legalidad de la práctica administrativa de GIDS respecto del consentimiento de menores para tratamientos de reafirmación sexo-genérica. No se revisaron decisiones clínicas individuales, sino la política y el marco operativo del servicio.

Cuestiones jurídicas: la Alta Corte debía responder esencialmente a dos preguntas: Si un menor de 16 años puede ser competente en términos de Gillick para consentir un tratamiento que tiene consecuencias a largo plazo, posible afectación futura de la fertilidad y conexión prácticamente inevitable con tratamientos irreversibles. Si la información proporcionada por GIDS era adecuada para permitir un consentimiento plenamente informado (12).

Reglas aplicables: la sentencia aplicó las doctrinas jurídicas de Gillick competente que se basa en el fallo judicial Gillick vs. West Norfolk 1986 que reconoce la capacidad de los adolescentes menores de 16 años de dar su consentimiento informado en tratamientos de salud, y en específico de anticonceptivos. Esta competencia se basa en la autonomía progresiva de la voluntad, es decir el desarrollo de la madurez y entendimiento cognitivo permite decidir a los adolescentes siempre y cuando se demuestre la inteligencia y madurez consciente de los tratamientos médicos, sus riesgos, beneficios y efectos (12).

Fundamentos jurídicos: la Alta Corte consideró que:

- GIDS y sus centros utilizaban el Protocolo Holandés para brindar los tratamientos de transición sexo-genérica a los adolescentes con disforia o incongruencia de género que consta de tres fases de los: (i) Los bloqueadores de pubertad (BP) que se dan cuando el adolescente alcanza el estadio II de la escala de Tanner, es decir al inicio de la pubertad con cambios como el crecimiento de vello púbico y el inicio del crecimiento de los genitales o senos. (ii) Administración de hormonas cruzadas que son prescritas al alcanzar los 16 años y continúan a lo largo de la vida de la persona (iii) La cirugía de reasignación de sexo que se puede realizar una vez que alcanzan la mayoría de edad o 18 años (12).
- Los BP o la primera fase del tratamiento tiene como objetivo frenar la pubertad y otorgar más tiempo a los adolescentes para decidir si continúan o no con las otras fases (12). Los BP demuestran en algunos estudios reducir la ideación suicida de los adolescentes con disforia o incongruencia de género (Alta

Corte, 2020, 53), pero no en todos los casos se reduce los cambios de humor y estrés psicológico (12). La Alta Corte critica la falta de estadísticas en GIDS y sus centros sobre los adolescentes que han decidido no continuar con la segunda fase o tratamiento de hormonas cruzadas desde el 2011 al 2019, y que los pocos datos que se empiezan a analizar desde 2019 han demostrado que hay una mayoría que continua con la terapia de hormonas cruzadas (12). Sin embargo, la Corte utiliza los estudios realizados en Holanda que demuestran que el 1.9% de los casos que inician con BP no proceden con el tratamiento de hormonas cruzadas (Alta Corte, 2020, 57). En consecuencia, se observa que en los estudios realizados los BP en lugar de brindar más tiempo para decidir, genera una persistencia de los adolescentes a continuar con la segunda fase de los tratamientos que es la administración de hormonas cruzadas (12). En cuanto a la reversibilidad de los BP, las estadísticas disponibles por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) y las Sociedad internacional de endocrinólogos señalan que los BP son reversibles, pero estas estadísticas fueron obtenidas a partir del diagnóstico de pubertad temprana, y sólo los estudios en Ámsterdam son específicos para la disforia de género. Entonces, los BP no pueden considerarse reversibles en sentido práctico, dada la alta tasa de transición a tratamientos irreversibles posteriores y sus efectos en desarrollo óseo, neurológico y psicológico (12).

- La evidencia disponible de los bloqueadores de pubertad (BP) sobre los efectos a corto, mediano y largo plazo es limitada y el tratamiento tiene un carácter experimental. Además, no se encuentra claro cuál es el objetivo de los BP si dar una pausa para que el adolescente piense sobre su identidad sexo-genérica o bloquear la pubertad para que sea más sencillo continuar con procesos médicos complejos que incluyen terapia de hormonas cruzadas y cirugías afirmativas de género. La Alta Corte consideró que las consecuencias a largo plazo son tan complejas que afectan a lo largo de la vida y un cambio en la

dimensión de la identidad personal a largo plazo (12), y señala que la naturaleza de la disforia de género es una condición psicológica que no tiene síntomas físicos, no obstante, el Protocolo Holandés que incluye el tratamiento de los BP y sus subsecuentes de hormonas cruzadas y cirugía de afirmación de género tiene efectos directos al cuerpo y sus funciones entre aquellas la posible pérdida de la capacidad reproductiva, (12).

- La comprensión requerida por parte del menor debía abarcar que el tratamiento de BP conlleva la siguiente fase de hormonas cruzadas y las implicaciones de estos tratamientos a la fertilidad, la función sexual adulta, riesgos desconocidos al ser terapias experimentales, lo cual el tribunal juzgó improbable en menores de 16 años (12). Además, la Corte señala que los BP tienen efectos poco claros sobre la pérdida de la densidad y fuerza ósea, estatura, efectos neurológicos, y el desarrollo de órganos sexuales, y se sabe que tienen efectos directos en la producción de gametos reproductivos lo que puede afectar a su capacidad reproductiva (12). Los estudios realizados en Estados Unidos demuestran que los BP tienen efectos físicos, psicológicos y neurológicos, y que estos últimos se tiene poco conocimiento. Por lo tanto, los adolescentes con disforia de género que son tratados con BP detienen su desarrollo natural, que tiene un impacto social y psicológico que puede ser descrito como irreversible (12).
- La información suministrada por GIDS y sus centros hasta antes de junio del 2020 minimizaba los efectos psicológicos de los BP y su relación con el tratamiento de hormonas cruzadas para la transición posterior (12).

Resolución: el tribunal concluyó que:

- Es altamente improbable que los menores de 16 años posean la competencia necesaria para consentir bloqueadores de pubertad, debido a la complejidad del tratamiento y a la necesidad de comprender la progresión del tratamiento hacia hormonas

de sexo cruzado, y cirugía de reafirmación de género (12). Muchos de los adolescentes señalan una dificultad para imaginar su vida de adultos y la comprensión consciente de los efectos a largo plazo, y la mayoría comenta sentir una aversión a las relaciones sexuales y pensar poco sobre la fertilidad (12). Por lo tanto, la Corte señala que los menores de 13 años es muy improbable que pueda comprender los riesgos y las consecuencias a largo plazo de los BP y de los 14-15 años es dudable que puedan comprender los riesgos, por lo que no cumplirían con los requisitos de la competencia Gillick para recibir los BP y subsecuentes tratamientos de transición sexo-genérica.

- La información suministrada por Tavistock sobre los BP fue insuficiente, porque no consideraba los efectos a largo plazo al no ser del todo conocidos por ser un tratamiento experimental. La Corte señala que el hecho de que sea un tratamiento experimental no impide el CI, en su lugar es la complejidad que implica al requerir subsecuentes tratamientos médicos que tienen dos características cruciales que son de por vida y que cambian la vida (12).
- Aunque los adolescentes de 16 y 17 años gozan de una presunción legal de capacidad bajo la Reforma de la Ley de Familia, lo aconsejable es acudir a un tribunal antes de iniciar tratamiento, dada la trascendencia de sus efectos. Por lo tanto, el juicio clínico debería considerar las dos características principales de este tratamiento que cambian la vida al afectar la identidad personal, y que son de por vida, siendo vital que se recurra a las Cortes para determinar si los tratamientos de transición de género afectan o no al interés superior de los adolescentes (12).

2.2. Análisis de la sentencia de segunda instancia en la Corte de Apelación del caso Bell vs. Tavistock 2021

Sentencia de la Corte de Apelación (Civil Division), integrada por Sir Geoffrey Vos MR, Underhill LJ y Jackson LJ, emitida el 17 de septiembre de 2021.

Hechos relevantes: la apelación fue presentada por el centro Tavistock parte del GIDS en contra de la sentencia de la Alta Corte de primera instancia, la cual había establecido límites estrictos sobre la capacidad de menores para consentir bloqueadores de pubertad (BP) Tavistock alegó que la Alta Corte se extralimitó al sustituir el consentimiento informado y la valoración clínica por una regla judicial general, afectando a los adolescentes, la práctica médica y la administración del servicio. Además, alego el centro Tavistock, que los demandantes interpusieron el recurso judicial únicamente en contra de ese centro, sin considerar que sus competencias no incluyen la prescripción de BP, y que quienes realizan el tratamiento directamente son la red de Hospitales de la University College Lodon (UCH por sus siglas en inglés) y el Leeds Teaching Hospitals (13).

Historia procesal: tras la sentencia de la Alta Corte, múltiples servicios suspendieron la prescripción de bloqueadores ante la incertidumbre creada. La Corte de Apelación examinó si la Alta Corte actuó dentro de sus facultades de revisión judicial al emitir una declaración de alcance general sobre competencia y capacidad individual de los adolescentes y el juicio clínico del equipo médico. Por lo tanto, la Corte de Apelación no analiza si la terapia de bloqueadores de pubertad (BP) es una decisión sabia o no, ya que es un tratamiento legalmente válido en Inglaterra y Gales, y es competencia del National Health Services (NHS), el Parlamento, y los estándares médicos establecer las políticas en materia de salud (13).

Cuestiones jurídicas: la Corte de Apelación delimitó tres cuestiones: Si la Alta Corte actuó indebidamente al emitir orientaciones generales sobre la competencia de los menores, si era legítimo exigir o recomendar intervención judicial previa para jóvenes de 16 y 17 años, y si la Alta Corte transformó indebidamente su análisis en una guía clínica, excediendo sus facultades.

Reglas aplicables: doctrina jurídica de Gillick competente que desde 1986 se basa en la evaluación individualizada de los adolescentes menores de 16 años en base a los criterios de madurez e inteligencia cognitiva para comprender los efectos, riesgos y beneficios de un tratamiento médico (13). La facultad del poder judicial en base al

principio de revisión judicial, especialmente la prohibición de que el Poder Judicial sustituya juicios clínicos, y el principio de separación de funciones entre tribunales y autoridades médicas. Las competencias de Gillick no establecen una norma jurídica general rígida basada en categorías de edades para terminar la capacidad de los adolescentes a decidir sobre un tratamiento médico, y en su lugar ofrece criterios o guías para el juicio clínico (13). Para que un adolescente menor de 16 años sea Gillick competente deberá demostrar su madurez e inteligencia cognitiva para entender el tratamiento, y el médico debe evaluar si lo hace de forma consciente, entonces no es necesaria la autorización de los padres y tampoco de las Cortes, ya que el juicio clínico a través de sus estándares profesionales es a priori una valoración más sensible y adecuada para determinar el CI, en lugar de preceptos legales rígidos (13). Hay que recordar que las competencias Gillick tiene como causa la revisión judicial sobre la prescripción de anticonceptivos a menores de 16 años que para los años 80 eran un tratamiento controversial, al igual que los BP, por lo tanto, el análisis de la Alta Corte interpreta de forma falaz las competencias Gillick, cuando aquellas son criterios flexibles y no una regla rígida de derecho (13).

Fundamentos jurídicos: la Corte de Apelación sostuvo que:

- Los demandantes presentaron el recurso con falta de legitimación pasiva, es decir únicamente incluyeron al centro Tavistock parte del GIDS, pero no consideraron a los UCH (University College of London Hospitals) ni al LTH (Leeds Teaching Hospitals) quien efectivamente prestaban los tratamientos médicos para los adolescentes con disforia de género, y cuyo personal médico obtenía el Consentimiento Informado de los adolescentes para el tratamiento de BP (13).
- No hubo una valoración adecuada de las pruebas documentales presentadas por el centro Tavistock que incluyen las guías internacionales para los servicios médicos a favor de niños y adolescentes con disforia de género de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ni las guías de

la sociedad de endocrinología y tampoco las del NHS (13). La Alta Corte evaluó como prueba procesal la evidencia clínica en materia de BP en la que no existe aún un consenso universal sobre su tratamiento, extralimitando sus facultades legales, ya que aquello es competencia de los estándares de salud nacionales e internacionales, además los BP son un tratamiento legal en Inglaterra y Gales (13).

- El centro Tavistock tiene como objetivo principal brindar asesoría, acompañamiento psicológico y tratamiento psiquiátrico a los niños y adolescentes con disforia de género, y una vez que reciben estos cuidados y se evidencia que la disforia de género persiste más de dos años se los refería a los UCH o al LTH para que reciban el tratamiento en base al protocolo holandés (13).
- La información ofrecida por el centro Tavistock fue suficiente, ya que se cumplieron los protocolos del consentimiento informado (13). Los protocolos para el consentimiento informado en menores de edad con disforia de género exigen la autorización de los padres para ser tratados en el centro Tavistock, y después ser referidos al UCH o al LTH para realizar el tratamiento de BP y subsecuentes, estas pruebas tampoco fueron valoradas por la Corte Alta en primera instancia (13). En su lugar la Alta Corte realiza el análisis de evidencia científica, en la que no existe común acuerdo sobre el uso de los BP y subsecuentes tratamientos que no era parte de la función del tribunal de primera instancia y excedía su mandato (13).
- Al desarrollar la Corte de primera instancia las directrices sobre edad y requisitos de comprensión, creó de facto una guía clínica judicial rígida, lo cual es impropio de la función judicial en base al principio de revisión judicial. Además, decidió en base a evidencia médica científica contradictoria, hechos basados en estadísticas cuya muestra era insuficiente, y que forman parte de la esfera del juicio clínico y no jurídico (13). La tarea de determinar si un adolescente comprende los efectos,

riesgos y beneficios de los bloqueadores de pubertad (BP) recae en profesionales médicos capacitados, no en jueces, este argumento se basa en la sentencia Gillick al señalar que una regulación rígida sobre el proceso de crecimiento en menores de edad y madurez cognitiva de los menores de edad sería artificial e insensible a los ciclos naturales de desarrollo físico y social (13).

Resolución: la Corte de Apelación revocó en su totalidad la sentencia de la Alta Corte y resolvió que:

- La Corte de Apelación declara inadmisibles revisar las políticas institucionales de Tavistock, pues la Alta Corte ya había determinado que se trataba de prácticas y tratamientos legales (13).
- La Corte de Apelación sostiene que la Alta Corte intervino indebidamente en la esfera clínica al emitir una resolución que, en los hechos, operaba como una regla rígida respecto del consentimiento informado de menores en tratamientos de transición de género, particularmente bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas. Al fijar umbrales etarios para el consentimiento y exigir intervención judicial cuando el menor no pudiera ser considerado competente conforme a Gillick, la Alta Corte generó retrasos clínicos innecesarios y vinculó indebidamente al Poder Judicial en procesos propios de la práctica médica (13). Además, la guía rígida para determinar las competencias o capacidades para dar su consentimiento informado constituía una intrusión en el juicio clínico, el cual ya se encuentra regulado por estándares internacionales, regionales y nacionales de salud, así como por las políticas y normas del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. Los profesionales que incumplen estos estándares pueden enfrentar sanciones administrativas o civiles, lo que evidencia que los mecanismos de control ya existen sin necesidad de intervención judicial adicional (13).

- La competencia de los menores de edad debe evaluarse de manera estricta e individual conforme a los criterios de las competencias de Gillick para adolescentes menores de 16 años, sin reglas jurídicas generales que desconozcan la variabilidad del desarrollo físico, emocional y social de los pacientes con disforia de género. La Corte de Apelación enfatiza que la valoración de la competencia es un componente del juicio clínico, no del juicio judicial, porque el personal médico es quien posee el conocimiento especializado sobre las circunstancias del paciente, su familia y los estándares médicos aplicables (13).
- No existe fundamento jurídico para exigir intervención judicial previa en adolescentes de 16 y 17 años, ya que la legislación de familia reconoce su capacidad para decidir sobre tratamientos médicos conforme al principio de autonomía progresiva.
- Las controversias relativas al consenso científico, la evidencia médica, los riesgos o las incertidumbres de los tratamientos corresponden a las autoridades y organismos sanitarios, no a los tribunales.

3. Análisis del dilema bioético en el caso *Bell vs. Tavistock* desde el modelo principialista

El dilema bioético planteado por el caso Bell vs. Tavistock radica en si los adolescentes pueden o no brindar su consentimiento informado cuando el juicio clínico los declara Gillick competentes, sin necesidad de autorización de sus padres ni judicial, para iniciar los tratamientos de transición sexo-genérica, y en específico los bloqueadores de pubertad (BP), y las hormonas cruzadas. La bioética principialista constituye un modelo ético originado en Estados Unidos, desarrollado por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, autores de la obra fundamental *Principles of Biomedical Ethics* (1979). En este texto introdujeron el enfoque del principialismo, sustentado

en cuatro principios básicos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Ambos participaron en 1976 en la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos en Investigación, creada por el gobierno estadounidense con el propósito de establecer un marco ético de resguardo (14).

El análisis principialista se fundamenta en una matriz de principios *prima facie*, entendidos como no absolutos pero previos al examen bioético. Estos principios se aplican de manera general cuando no existe conflicto entre ellos; en caso contrario, deben ser ponderados. Beauchamp y Childress distinguen entre principios *prima facie*, que se siguen mientras no entren en conflicto, y deberes de facto, derivados de aquellos (15).

Este modelo se vincula con la ética utilitarista, en tanto busca maximizar la utilidad mediante una relación costo-beneficio en las decisiones bioéticas. En este marco, suele prevalecer el principio de autonomía sobre el de beneficencia (16).

Se sigue con el análisis del dilema bioético en base a los principios del modelo antes mencionado:

Principio de respeto a la autonomía: el respeto a la autonomía implica reconocer la voluntad personal en las decisiones relacionadas con la salud, particularmente en el acceso a tratamientos y procedimientos. Este principio conlleva una doble obligación: negativa, consistente en no interferir en las decisiones individuales mediante manipulación o coerción; y positiva, orientada a garantizar la provisión de información suficiente que permita una deliberación y decisión informada (15).

Del análisis jurídico del caso se desprende que para que un menor de 16 años sea declarado Gillick competente el equipo médico tiene la obligación legal de evaluar dos criterios la madurez emocional y la inteligencia para la comprensión de los efectos a corto, mediano y largo plazo, riesgos, y beneficios de los tratamientos de transición sexo-genérica, y en específico los bloqueadores de pubertad que pueden recibir al ser menores de dieciséis años. La doctrina Gillick señala que determinar la capacidad para decidir de los menores

recae en el juicio clínico, entonces la responsabilidad de informar adecuadamente incurre sobre los médicos. Según el principio de respeto a la autonomía hay tres condiciones esenciales para que se cumpla la libertad que son: (i) Intencionalidad: que el acto corresponda a la concepción del actor, aun cuando no haya un plan de ejecución, (ii) Comprensión: sustancial del acto que no implica una comprensión total, ya que esta comprensión se desarrolla progresivamente, ciertas condiciones como la enfermedad, la irracionalidad y la inmadurez influyen en la comprensión del acto, y (iii) No control: por parte de factores externos o internos que le privan de autonomía. El control externo puede ser la coerción y la manipulación, e interno como trastornos mentales. La primera característica no tiene grados o se realiza la acción autónoma de forma intencional o no, en cambio las otras dos condiciones comprensión y no control se realizan en diferentes grados, un ejemplo de esto con los menores de edad que al ser niños son controlados y muestran una capacidad limitada para ejercer su propio control: exhiben diferentes grados de resistencia a la influencia a medida que maduran, y su capacidad para tomar el control y realizar acciones intencionales, así como para comprender, aumenta gradualmente. Por lo tanto, los actos pueden ser autónomos en grado (15).

Por lo tanto, con base en el principio de respeto a la autonomía los menores de dieciséis años que han sido declarados Gillick competentes y diagnosticados con disforia de género pueden elegir si recibir o no bloqueadores de pubertad (BP). Siendo, vital la obligación del equipo médico de brindar la información necesaria sobre los efectos a corto, mediano y largo plazo, riesgos y beneficios de los BP, parte de esta información debe incluir el proceso del protocolo holandés de todas las fases del tratamiento BP, hormonas cruzadas y la posibilidad de cuando sean adultos de elegir las cirugías de reafirmación de género. El Consentimiento Informado (CI) según Beauchamp y Childress es una forma de aplicación del principio de respeto a la autonomía y señalan que el CI debe distinguir entre la comunicación de la información y la aprobación y autorización, esta

última debe ser otorgada únicamente por el paciente sin influencias externa; es por esta razón que critican al consentimiento informado en conjunto, porque no cumple con el requisito de aprobación y autorización del paciente (15). El Centro Tavistock al solicitar que el CI en caso de menores de 16 años declarados Gillick competentes sea otorgado por el adolescente cumple el principio de autonomía, ya que no se requería la aprobación por parte de sus padres tal como lo mencionó la Corte de Apelación. No obstante, preocupa que en el testimonio de Bell señala haber experimentado dudas sobre continuar con las hormonas cruzadas, sin embargo, el apoyo de sus amistades y de la comunidad, le hizo minimizar los efectos hasta que se realizó la mastectomía y empezó a sentirse peor esto demuestra que el CI es un proceso dinámico en el tiempo y puede variar, por lo que debe ser actualizado (13), esto demuestra que el CI es un proceso dinámico en el tiempo y puede variar, por lo que debe ser actualizado.

No maleficencia: este principio obliga a no hacer daño intencionalmente por parte de los médicos y su equipo, para el principialismo clásico no se debe mezclar este principio con el de beneficencia, ya que, si bien están relacionados, su argumentación y objetivos son diferentes (15). El principio de no maleficencia se centra en el concepto de daño que lo distingue de las acciones ilegales que vulneran derechos, porque el daño puede no ser una acción ilegal como el caso fortuito, desastres naturales, omisión autorizada, y actos en los que persona de forma consiente autoriza un daño como en algunos tratamientos médicos ejemplo la amputación de una pierna. Este principio al igual que los otros son *prima facie*, es decir no absolutos, y requieren la ponderación con otros principios para determinar que la acción que causa daño sea en favor del paciente y legítima. (15). Además, señalan que en hay que evaluar si el tratamiento es obligatorio o es opcional (15).

Según este principio el centro Tavistock actuó conforme, ya que es legal el Protocolo Holandés en Inglaterra y Gales, además, es validado por Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) independientemente que no haya consenso a nivel clínico sobre las diferentes terapias de transición sexo-genérica, lo que

incluye los BP y las hormonas cruzadas. El Centro Tavistock no causo daño a Bell, porque ella cumplía con los requisitos clínicos de disforia de género persistentes, otorgó su CI informado para todos los tratamientos psicológicos, BP, hormonas cruzadas, y ya siendo mayor de edad, a sus 20 años, decidió autorizar la cirugía de mastectomía para remoción de mamas. La evidencia analizada por la Corte de Apelación demuestra que se siguió los protocolos médicos de forma estricta, incluyendo aquellos para declarar Gillick competente a Bell, y de esta forma decidir sobre el tratamiento de BP a sus 16 años y la terapia de hormonas cruzadas que inicio a los 17 años. El expediente clínico de Bell del Centro demuestra que ella recibió información sobre los efectos, riesgos y beneficios de los BP, incluso su psiquiatra en varias ocasiones le comento que la disforia de género es una condición que puede desaparecer al largo de la adolescencia, y que no era obligatorio iniciar con la terapia de las hormonas cruzadas (12). No obstante, al existir daños a largo plazo sin certeza científica, se debe ponderar el principio de no maleficencia, no el de beneficencia a corto, mediano y largo plazo.

Principio de beneficencia: tiene tres normas generales mediante las que se debe prevenir el mal o el daño, se debe eliminar el mal o el daño, y promover el bien, lo que implica que hay que realizar una ponderación de los riesgos y beneficios, (15). El principio de beneficencia tiene dos subprincipios beneficencia positiva exige que los agentes beneficen a otros, y el de utilidad exige que los agentes equilibren beneficios, riesgos y costos para obtener los mejores resultados generales (15). En el presente caso se demuestra que Bell sufría de estrés constante, ansiedad y depresión desde su infancia por la disforia de género y un rechazo permanente a su cuerpo a partir del inicio de la pubertad, por estas razones fue referida al centro Tavistock, que tras un año de constante acompañamiento psicológico y psiquiátrico confirmo su diagnóstico de forma permanente, y le informo que el siguiente paso son los BP que se ofrecen como un servicio de salud en el UCH, el objetivo de estos BP es brindar más tiempo a los adolescentes para decidir si continúan con su transición de sexo-genérica o deciden quedarse con su sexo asignado a comer.

En base al análisis de proporcionalidad ente utilidad y riesgos, se infiere que la utilidad del tratamiento de BP según la evidencia científica del Protocolo Holandés y de la WPATH son: aliviar el sufrimiento psicológico causado por la disforia de género en la pubertad, reducir la ideación suicida, detener cambios corporales percibidos como angustiosos y evitar intervenciones futuras más invasivas, y otorgar tiempo para pensar antes de pasar a tratamientos irreversibles. Estos beneficios fueron demostrados por el expediente clínico e incluso Bell en su testimonio señala que hubo un alivio al estrés emocional, lo que le permitió enfocarse en otros asuntos como su educación (12). En cuanto a las hormonas cruzadas el consenso médico no es universal, y sus efectos y riesgos son aún mayores que los BP, si bien los médicos le informaron a Bell en reiteradas ocasiones sobre los efectos que incluyen y no se limitan a pérdida de masa ósea, afectación a su fertilidad y desarrollo, ella decidió continuar con el tratamiento, a pesar de las dudas que sentía, porque según su testimonio sustentó su decisión en el apoyo de sus amistades y de la comunidad trans (12). A pesar de que su psiquiatra le había recomendado que no proceda con los tratamientos, porque la disforia de género es una condición que puede desaparecer (12). Entonces, se presenta el dilema cómo ponderar un sufrimiento actual intenso frente a riesgos futuros solo parcialmente conocidos. El caso revela que la beneficencia debe incluir: el bienestar presente, la identidad futura, y la posibilidad de un arrepentimiento significativo. La evidencia actual demuestra que un porcentaje no menor de jóvenes desiste o reconsidera su identidad después de la adultez temprana. La beneficencia debe proteger estas trayectorias posibles.

Justicia: este principio busca que exista más allá de una igualdad formal una igualdad material que considere los factores contextuales de cada persona, para que exista una justicia distributiva real. Por lo tanto, considera la existencia de condiciones materiales que determinan qué características éticamente significativas deben tener las personas para acceder a determinados recursos o distribuciones. Sin embargo, justificar qué propiedades son realmente relevantes plantea problemas teóricos y prácticos. Aunque la tradición, las normas

sociales y los marcos jurídicos suelen indicar qué criterios aplicar, en muchos casos es necesario crear nuevas políticas que definan propiedades pertinentes o revisar criterios establecidos (15). Desde una interpretación favorable del principio de justicia de Beauchamp y Childress, la administración de BP a Bell podría considerarse justa en la medida en que se prestó los servicios dentro de un marco clínico que ofrecía acceso igualitario a una intervención disponible para todos los pacientes que cumplían criterios clínicos de disforia de género. Bajo esta perspectiva, la justicia exige que los recursos terapéuticos se distribuyan siguiendo criterios moralmente relevantes, como la necesidad clínica, el sufrimiento psicológico y el estándar profesional vigente, elementos que en su momento fueron aplicados por Tavistock. Además, el consentimiento libre y voluntario otorgado por Bell se formalizó conforme a los procedimientos institucionales vigentes, lo que indica que no hubo discriminación ni exclusiones arbitrarias en el acceso al tratamiento. Aunque la evidencia clínica era limitada, la justicia distributiva no exige certeza absoluta, sino que las intervenciones se ofrezcan de forma equitativa y sin privilegios o restricciones injustificadas. En este sentido, el hecho de que Bell recibiera el mismo tratamiento que otros jóvenes con perfiles clínicos similares sugiere que la decisión fue congruente con un reparto justo de oportunidades terapéuticas. Asimismo, permitir la intervención respetó la equidad horizontal, al tratar de forma igual a quienes están en condiciones médicas parecidas, y la equidad vertical, al brindar un recurso especializado a una menor que enfrentaba un sufrimiento significativo. Así, bajo un análisis favorable, la administración de bloqueadores de pubertad puede considerarse justa porque se realizó bajo criterios universales, no arbitrarios y orientados al bienestar clínico, en coherencia con las exigencias del principio de justicia.

Por lo tanto, se evidencia la tensión entre la legalidad del tratamiento en Inglaterra y Gales basado en el Protocolo Holandés, y la falta de certeza científica sobre los efectos a largo plazo de la segunda fase uso de hormonas cruzadas. La discusión médico-científica sobre los bloqueadores de pubertad (BP) por parte de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH), y de la

Sociedad de Endocrinología, recomiendan los BP para brindar más tiempo a los adolescentes con disforia de género para decidir si aceptar su sexo asignado al nacer o proceder con el tratamiento. Cuando Bell alcanza su mayoría de edad ya no se aplica el criterio de Gillick competente, porque para las leyes ella tiene personalidad jurídica o la capacidad de obligarse y ser responsable de sus decisiones. Por lo que, Bell a sus 20 años y aún con acompañamiento psicológico y médico, decidió someterse libre y voluntariamente a la mastectomía, a pesar de que declaró en su testimonio que tenía dudas que fueran pasadas a segundo plano por el apoyo de sus amistades y la comunidad transgénero. Por lo que, preocupa la incidencia de terceras personas sin experiencia técnica médica y psicológica para influir en la deliberación de Bell, lo que podría afectar a su autonomía personal.

4. Análisis del dilema bioético en el caso *Bell vs. Tavistock* desde el modelo personalista

El modelo personalista ontológico se sustenta en la antropología filosófica personalista, la cual coloca a la persona humana como eje central de la reflexión bioética, reconociéndola como principio y finalidad de la sociedad. Esto supone entender a la persona como una sustancia individual de naturaleza racional, un ser completo en sí mismo y, al mismo tiempo, integrante del cosmos (16).

Dentro de esta perspectiva se distinguen diversas formas de personalismo: relacional o comunicativo, hermenéutico y ontológico. El personalismo ontológico, enraizado en la tradición realista tomista, subraya la dimensión objetiva y existencial de la persona, concebida como un cuerpo espiritualizado que posee dignidad por lo que es, más allá de su capacidad de elección. Este enfoque bioético reconoce la facultad de decidir, pero la sitúa en un marco contextual, vinculado a los medios y fines que se relacionan con la comunidad (16).

Principio de respeto a la vida física: este principio reconoce la importancia de la vida física y del cuerpo, ya que es valor fundamental

que permite la realización humana, y entrar en el tiempo y espacio. A través de la corporeidad el ser humano expresa sus valores, proyectos de vida, y despliega su libertad. Entonces, es un imperativo categórico, universal y racional, el deber de respeto a la vida, su defensa y promoción siendo un imperativo del ser humano tanto de su vida individual como con los demás (16). Siendo la dimensión del cuerpo humano vital para sustentar a favor de la dignidad humana y su salud, hay que recordar que la estructura de la persona tiene 5 dimensiones relacionadas entre sí cuerpo, sexualidad, espiritualidad, religiosidad y moralidad de la persona humana (17). La bioética personalista ontológica define a persona como un espíritu encarnado, siendo el cuerpo condición necesaria para habitar y vivir la vida, que representa el modo de existir del espíritu y revela y manifiesta a la persona (17).

El dilema bioético en el caso de Bell bajo el principio del respeto a la vida humana nos plantea la pregunta si el tratamiento de bloqueadores de pubertad era o no necesario, y hay que considerar que: es un tratamiento reversible a corto plazo, tiene como objetivo brindar más tiempo para decidir, reducir un malestar clínicamente relevante y prevenir conductas autolesivas derivadas de su disforia, es legal Inglaterra y Gales. No obstante, no existe suficiente evidencia científica sobre los efectos a largo plazo de la segunda fase del tratamiento las hormonas cruzadas, siendo considerado por algunos médicos y legislaciones un tratamiento experimental, tiene efectos directos en el desarrollo natural puberal, densidad ósea, y fertilidad. Este principio requiere la protección y promoción de la totalidad de la vida humana, entonces a pesar de que Bell es Gillick competente y puede autorizar su tratamiento sin autorización de sus padres ni judicial, los efectos a largo plazo del tratamiento de hormonas cruzadas afectan a la integridad total de la persona y sus dimensiones (física, psíquica, social, moral, espiritual). Por lo tanto, no se cumple el principio de respeto a la vida física, ya que los BP pese a su aparente reversibilidad, implica una interferencia relevante en los procesos naturales de maduración biológica y conlleva riesgos que pueden

comprometer la integridad física futura del menor, y si se pasa a las hormonas cruzadas, los efectos en la integridad personal son a corto, mediano y largo plazo. En este marco, la autonomía de la adolescente no puede prevalecer sobre el deber moral de salvaguardar su desarrollo corporal, de su vida de forma integral, por lo que la autorización del tratamiento no satisface de forma total las exigencias del principio personalista.

Principio de libertad y responsabilidad: este principio parte de que todo acto ético es un acto libre y responsable con la vida individual y ajena, entonces primero es el derecho a la vida física y luego el derecho de libertad, porque para ser libres necesitamos estar vivos y orientar la libertad responsable a preservar la vida propia y de otros. Este principio busca orientar a la persona a colaborar con los cuidados médicos necesarios para salvaguardar su vida y las de los demás, y limita el actuar médico a no transformar el cuidado médico en obligatorio, a menos que este en juego la vida (16). Este principio recuerda que la obligación moral y ética del cuidado de la vida y salud recae directamente sobre el paciente y el médico, entonces si el juicio clínico considera éticamente inaceptables las pretensiones del paciente puede recomendar e invitar a la reflexión, e incluso derivar a otro médico:

Ni la conciencia del paciente puede ser violentada por el médico, ni la del médico puede ser forzada por el paciente: ambos son responsables de la vida y de la salud tanto como bien personal cuanto como bien social (16).

El principio personalista de libertad y responsabilidad exige que las decisiones no solo sean formalmente válidas, sino también orientadas a proteger la vida física. Aunque la Alta Corte reconoció que Bell otorgó un consentimiento informado, persiste la duda de si un menor de menor de dieciséis años puede ejercer una libertad materialmente responsable ante riesgos inciertos y efectos profundos sobre la maduración corporal y sus efectos en la integridad personal. Que los médicos siguieran los protocolos no elimina la tensión ética, pues

este principio demanda evaluar si la intervención realmente salvaguarda la vida, la salud futura y dignidad del menor. Además, ante incertidumbre científica, el profesional debe promover una deliberación prudente e incluso abstenerse si la integridad corporal está en riesgo. En conjunto, el caso muestra una brecha entre una libertad procedimentalmente válida y una libertad moralmente responsable según el modelo personalista.

Principio de totalidad o terapéutico: este principio reconoce la posibilidad de intervención médica para salvaguardar la integridad de la persona y su vida. Señala el cumplimiento de las siguientes condiciones para que se justifique la intervención médica:

Que se trate de una intervención sobre la parte enferma o la que es causa directa del mal, para salvar al organismo sano, que no existan otras maneras y medios para enfrentar la enfermedad; que haya una buena posibilidad, proporcionalmente alta, de éxito; y que sedé el consentimiento del paciente (16).

En el caso Bell, los bloqueadores de pubertad no tratan una parte corporal “enferma”, sino que intervienen procesos biológicos normales para aliviar un malestar psicológico, lo que ya cuestiona la primera condición. Además, existen alternativas psicoterapéuticas menos invasivas, por lo que el requisito de necesidad estricta no se cumple. La evidencia limitada sobre los beneficios y la incertidumbre sobre los efectos a largo plazo impiden afirmar que exista una probabilidad alta de éxito terapéutico. Aunque Bell otorgó consentimiento informado, este principio exige que el consentimiento sea complementario a la proporcionalidad y la eficacia clínica, no suficiente por sí solo. En conjunto, el caso no satisface plenamente las condiciones personalistas para justificar la intervención.

Principio de solidaridad y subsidiariedad: compromete a todos a promover la realización y hacerse cargo de la vida y la salud de manera individual y colectiva, ya que tiene como argumento la sociabilidad humana que es una característica propia, entonces la vida y la salud dependen de los demás. La subsidiariedad implica el reconocimiento

de la justicia social es decir brindar a todos acceso y cuidados de salud necesarios, incluso a costa de quienes más tienen (16).

El principio personalista de solidaridad y subsidiariedad exige promover el bien individual y colectivo, asegurando cuidados de salud necesarios y proporcionados, especialmente para los más vulnerables. En el caso Bell, la atención ofrecida por GIDS a través de Tavistock puede considerarse inicialmente un acto solidario al intentar aliviar el sufrimiento de la menor. Sin embargo, la solidaridad requiere acciones que realmente protejan la integridad de la persona, y la falta de consenso sobre la evidencia científica, la eficacia y seguridad de los bloqueadores debilita este cumplimiento. La subsidiariedad implica brindar intervenciones necesarias y justificadas o medios ordinarios, no tratamientos experimentales o extraordinarios con beneficios a largo plazo no comprobados. Ofrecer un procedimiento de eficacia incierta a una menor no satisface plenamente esta obligación social ni garantiza una protección adecuada de su desarrollo futuro. En conjunto, el dilema no cumple íntegramente con los principios del personalismo ontológico de Sgreccia.

5. Conclusiones

- Al analizar los argumentos jurídicos en el caso Bell vs. Tavistock y el dilema bioético en base a los modelos bioéticos del principalismo y personalismo, se demuestra la tensión que existe aún entre la legalidad de un tratamiento extraordinario y la falta de consenso científico a nivel mundial sobre el diagnóstico de disforia de género y su tratamiento. Si bien hay países como Inglaterra que utilizan el protocolo holandés y es el estándar nacional, otros países lo consideran como un tratamiento experimental, ejemplo Estados Unidos, cuya discreción de aplicación es parte de la Relación Médico Paciente (RMP) por un lado el juicio clínico y la obligación de información y por el paciente el consentimiento, aprobación y autori-

zación del procedimiento médico. Los que plantea la necesidad de determinar si los adolescentes con disforia de género poseen características éticamente significativas que justifiquen su acceso a intervenciones como los bloqueadores puberales dentro de una política distributiva justa. El desafío radica en identificar cuáles de esas características: edad, madurez decisional, vulnerabilidad psicológica, capacidad de consentimiento informado o estabilidad diagnóstica, deben considerarse relevantes para esa distribución. El litigio evidencia las tensiones sobre la ausencia de criterios médicos-científicos consensuados y la incertidumbre práctica, sumado a la legalidad del tratamiento, que obliga a definir nuevas políticas o revisar las existentes. Así, el dilema de Bell se convierte en un caso paradigmático donde la justicia distributiva requiere equilibrar la protección de menores de edad potencialmente vulnerables con el deber institucional de garantizar acceso oportuno a tratamientos que podrían prevenir daños significativos. El caso muestra cómo la justicia exige políticas claras, consistentes y basadas en criterios clínicos, jurídicos y éticamente pertinentes, evitando tanto la exclusión injustificada como el acceso indiscriminado sin garantías adecuadas de beneficio y seguridad. Por lo tanto, el caso Bell, lejos de cerrarse en sus dimensiones judiciales, se ha convertido en un conversatorio ético global. Pone en evidencia que, para proteger simultáneamente la autonomía y el bienestar, la bioética contemporánea debe avanzar hacia modelos híbridos, capaces de integrar el énfasis procedimental del principialismo y la prudencia ontológica del personalismo. Solo así será posible articular decisiones clínicas justas, prudentes y respetuosas de la dignidad humana en adolescentes que enfrentan dilemas existenciales profundos relacionados con su identidad de género.

- La Corte de Apelación en segunda instancia revierte la sentencia de primera instancia, porque verifica: violaciones al debido proceso, por falta de valoración de la prueba y legitimidad

pasiva, atribución ilegal de la Alta Corte en la esfera médica y en específico del juicio clínico al extralimitarse de su facultad resolutive de tutela judicial y crear una guía médica rígida, que no consideraba las leyes actuales, ni la jurisprudencia sobre CI en menores de edad. Además, enfatiza la importancia de la esfera médica para determinar en base a la evidencia científica y experiencia sus propios protocolos sanitarios. Así mismo, resuelve que lo relativo al consenso científico, la evidencia médica, los riesgos o las incertidumbres de los tratamientos corresponden a las autoridades y organismos sanitarios, no a los tribunales.

- El análisis del caso Bell según el modelo personalista muestra que el dilema bioético no cumple de manera plena los principios fundamentales de aquel modelo. La intervención con bloqueadores de pubertad no se orienta directamente a tratar una patología corporal, ya que la disforia de género en Reino Unido es considerada una condición psicológica que puede o no ser permanente, lo que debilita el principio de respeto a la vida física. La libertad ejercida por la menor, aunque formalmente válida, no alcanza la responsabilidad moral exigida ante un tratamiento con riesgos inciertos, vulnerando el principio de libertad responsable. Tampoco se satisfacen las condiciones de proporcionalidad terapéutica y necesidad clínica, esenciales para la intervención médica según Sgreccia. Finalmente, la solidaridad y subsidiariedad quedan comprometidas al ofrecer una intervención experimental sin evidencia suficiente de beneficio integral. En conjunto, el caso no logra cumplir de manera coherente con el modelo bioético personalista.

Desde el modelo principialista, el caso Bell presenta un cumplimiento parcial de los principios. El principio de autonomía se tensiona con los otros principios, pues, aunque Bell fue declarada Gillick competente, y otorgó su consentimiento informado para los BP y las hormonas cruzadas, persiste debate sobre la competencia real de un

menor ante decisiones tan complejas, más aún cuando los beneficios a largo plazo, específicamente del tratamiento con hormonas cruzadas, no son claros y hay poca evidencia científica. Se observa de los testimonios de Bell, que ella empezó a sentir dudas de su transición sexo-genérica a los 20 años, cuando ya alcanzó la mayoría de edad legal siendo totalmente competente para decidir, no obstante, afirma que dejó pasar estas dudas por el apoyo de sus amistades y la comunidad trans. Hasta que se realizó la mastectomía y meses después de forma consciente entendió que había sido un error, porque había eliminado sus posibilidades de amantar, en caso de que quiera ser madre. Por lo tanto, si bien el médico y el equipo clínico tiene el saber técnico, la experiencia y la obligación de informar sobre los riesgos, beneficios, alternativas, la responsabilidad de autorización de los tratamientos médicos recayó sobre Bell, lo que preocupa es hasta qué punto la decisión fue consciente, deliberada, libre, y adecuadamente informada y relacionada con su dimensión de la sexualidad y derechos reproductivos. Así mismo, la beneficencia y la no maleficencia de estos procedimientos médicos queda en duda, debido a la limitada evidencia sobre beneficios y los riesgos potenciales de los tratamientos de transición sexo genérica en específico de las hormonas cruzadas y cirugía de afirmación. El principio de justicia se cumple en cuanto a la justicia formal, porque garantizar el acceso equitativo a tratamientos, pero hay la exposición a los menores a intervenciones cuya eficacia es incierta, que colisiona con el principio de no maleficencia. En conjunto, el dilema cumple parcialmente con el principialismo, pero revela debilidades significativas en el consentimiento informado, la RMP, la proporcionalidad del riesgo a corto, mediano y largo plazo, y la equidad en las decisiones clínicas.

Las decisiones judiciales en *Bell v. Tavistock* reflejan la aplicación de modelos bioéticos distintos. La Alta Corte en primera instancia adoptó un enfoque cercano al personalismo, priorizando la protección de la integridad corporal del menor de edad, la prudencia ante intervenciones de alto riesgo y una visión restrictiva de la autonomía adolescente, lo que se tradujo en mayores exigencias, incluso

paternalistas, para validar el consentimiento. En contraste, la Corte de Apelación se alineó con el principialismo de Beauchamp y Childress al enfatizar la autonomía progresiva, la doctrina Gillick y la centralidad del juicio clínico en la valoración de riesgos y beneficios. Mientras la Alta Corte en primera instancia privilegió la seguridad y la protección de las niñas y niños y adolescentes con valores rectores cercanos al personalismo ontológico, la segunda optó por un equilibrio flexible de principios, confiando en los procesos de consentimiento informado y en la experticia médica. En conjunto, el contraste evidencia cómo cada tribunal priorizó un análisis jurídico en base a marcos éticos diferentes al abordar el mismo dilema biomédico.

Referencias

1. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: icd.who.int
2. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016; 15(3):205-21. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: APA; 2013.
4. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law. Geneva: United Nations; 2012.
5. Toonen v. Australia, Comunicación No. 488/1992, Dictamen del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 50.º período de sesiones, Doc. ONU CCPR/C/50/D/488/1992 (31 de marzo de 1994).
6. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-24/17: Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo [Internet]. San José: Corte IDH; 2017 nov 24 [citado 30 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf
7. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia. Washington, D.C.: OEA; 2013.
8. Bhinder J, Upadhyaya P. Brief history of gender affirmation medicine and surgery. En: Nikolavsky D, Blakely SA, editors. *Urological care for the transgender patient*. Springer; 2021.

9. Siotos C, Neira PM, Lau BD, Stone JP, Page J, Rosson GD. Origins of gender affirmation surgery: The history of the first gender identity clinic in the United States at Johns Hopkins. *Ann Plast Surg*. 2019; 83(2):132-6. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001684>
10. Biggs M. The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *J Sex Marital Ther*. 2023; 49(4):348-68. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238>
11. NHS England. NHS England's response to the final report of the independent review of gender identity services for children and young people [Internet]. London: NHS; 2024 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: [england.nhs.uk](https://www.england.nhs.uk)
12. High Court of Justice (Alta Corte). *Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* [2020] EWHC 3274 (Admin). London: Judiciary of England and Wales; 2020.
13. Corte de Apelación Civil Division (Corte de Apelación). *Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* [2021] EWCA Civ 1363. London: Judiciary of England and Wales; 2021.
14. Sanín M. Un recorrido analítico de los fundamentos filosóficos del principialismo norteamericano. *Rev Latinoam Bioet*. 2023; 23:41-58. <https://doi.org/10.18359/r/bi.6142>
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 9th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
16. Sgreccia E. *Manual de bioética*. México: Diana; 1996.
17. Lucas R. *Explícame la bioética: guía explicativa de los temas más controvertidos de la actualidad*. 5ta ed. Madrid: Palabra; 2016.