

**ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS TRANSEXUALES: IGUALDAD Y
LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO ***

*HEALTH CARE FOR TRANSEXUAL PEOPLE: EQUALITY AND SELF-
DETERMINATION OF GENDER IDENTITY*

Sara Roldán Mesa ¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 10, nº 19, julio-diciembre 2020

¹ Universidad de Granada (España)

Correspondencia: Facultad de Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. C/Rector López Argüeta s/n. 18071 Granada, España. E-mail: sararl8@correo.ugr.es

(*) El presente artículo está basado en el Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social realizado por Sara Roldán Mesa y dirigido por la Dra. María Teresa Díaz Aznarte, que fue presentado en junio de 2020 en la Universidad de Granada (España).

Recibido: **15-07-2020** Revisado: **17-11-2020** Aceptado: **26-11-2020** Publicado: **21-12-2020**

Cómo citar / How to cite:

Roldán-Mesa, S. (2020). Asistencia sanitaria a personas transexuales: igualdad y libre autodeterminación de la identidad de género. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(19), 343-364.

Resumen

Las personas transexuales son objeto de innumerables situaciones de discriminación social, sanitaria y jurídica, y pese a los avances legislativos siguen siendo un colectivo vulnerable que precisa de una protección jurídica y sanitaria. Por ello, es necesario realizar una revisión legislativa del sistema sanitario español para conocer las prestaciones y los servicios destinados a la atención de la población transexual. En España, la descentralización territorial, la carencia de una normativa estatal y la escasez de Unidades de Identidad de Género provocan una injerencia en la libre autodeterminación de la identidad de género, así como situaciones de desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias, dependiendo en qué Comunidad Autónoma se resida. En base a lo anterior, se presenta la necesidad de abogar por una reformulación jurídica y sanitaria que contemple múltiples formas de expresión de género, permitiendo el libre desarrollo de la personalidad e incluyendo la autodefinición del propio cuerpo, alejándose así de la visión reduccionista de la corporalidad y la genitalidad. El binarismo sigue estando presente en la sociedad, y por ello, desde el trabajo social, se debe fomentar el respeto a la diversidad así como contribuir a la deconstrucción del género.

Abstract

All too often, transsexuals are subject to social, health and legal discrimination. Despite legal advances, transsexuals belong to a social group in need of legal and healthcare protection in Spain. That is why it is necessary to carry out a legislative review of the Spanish health system in order to know the benefits and services intended for the care of transsexual people. There are situations of inequality in access of benefits, as well as interferences with people's own gender identity according to the place of residence, due to the Spanish territorial decentralization combined with a lack of unequivocal state regulation and the shortage of Gender Identity Units. Based upon the foregoing, there is a need for rewording some legal and health concepts, in order to accommodate the different ways of gender expression, as well as the free development of the personality that includes a self-definition beyond the binary angle and genitalia. The binary gender classification system is still present in our society. For this reason, Social Work must promote respect for diversity, in addition to contributing to the deconstruction of gender.

PC: Asistencia sanitaria; transexualidad; trabajo social; identidad de género.

KW: Health care; transsexuals; gender identity; social work.

Introducción

La transexualidad ha sido considerada tradicionalmente como una patología, y por tanto tratada desde el ámbito social, sanitario y jurídico como una enfermedad mental. Hasta 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) no la ha eliminado de su clasificación internacional de enfermedades mentales.

En más de un tercio de los países del mundo ser una persona LGTBI supone un grave peligro. En 72 de ellos se castiga con pena de cárcel; e incluso en 8 países –Sudán, Sudán del Sur, Somalia, Irán, Mauritania, Arabia Saudí, Yemen y algunos estados de Nigeria– está castigado con la pena de muerte (Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales –FELGTB-, 2019, p.1).

En el presente artículo se realiza una revisión crítica de las normativas existentes que recogen los derechos de las personas Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI), y más concretamente aquellas relativas a la asistencia sanitaria de las personas transexuales. España es uno de los países que ha presentado importantes avances legislativos en materia de igualdad y en contra de la discriminación de dicho colectivo, pero es necesario analizar si el Sistema Nacional de Salud ha superado la antigua categorización patológica, así como los procesos burocráticos y sanitarios que reflejaban una percepción del género como inalterable e inamovible.

Entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud destacan la universalidad, la provisión gratuita en el momento de uso y la asistencia de calidad, eficiente y equitativa (Bernal y Ortún, 2010). Sin embargo, esto contrasta con la atención a la transexualidad en España que se encuentra condicionada por la fragmentación entre Comunidades Autónomas (Meneu y Ortún, 2011). Por tanto, se puede observar que la distribución y la atención sanitaria a personas transexuales son diferentes según la Comunidad Autónoma, pero cabe preguntarse si sólo son diferentes o también desiguales (Carrasco, 2012).

Ante esta realidad, se establece como necesario realizar un análisis de la descentralización territorial en materia sanitaria existente en nuestro país, puesto que la asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas (CCA.) puede dar lugar a la existencia de desigualdades de acceso a las prestaciones sanitarias que conforman las carteras de servicios de las mismas. Por consiguiente, mediante una revisión legislativa del sistema sanitario español se puede averiguar qué CC.AA. recogen prestaciones y servicios destinados a la atención de la población transexual, así como la inclusión de la intervención

quirúrgica de reasignación de sexo con cargo al Régimen Público de la Seguridad Social y, de no ser así, conocer las alternativas existentes y la posible problemática que ello supone.

La atención psico-socio-sanitaria dirigida a las personas transexuales se ha considerado siempre como deficitaria (Becerra, 2003). Además, “en nuestro país las publicaciones con información institucional sobre la realidad asistencial para la población transexual, en el ámbito de la sanidad pública, son casi inexistentes” (Esteve de Antonio et al., 2012, p.204). Ante esta realidad, se impone la necesidad de abordar los aspectos clave que guían el actual sistema de salud, haciendo especial hincapié en el marco legislativo, puesto que de él se derivan multitud de factores que condicionan la realidad de vida de las personas transexuales.

No se trata tan solo de realizar una revisión sistemática de la organización territorial, sanitaria y jurídica vigente, sino que se pretende mostrar cómo la dualidad de los géneros sigue estando presente en la sociedad, limitando la libre autodeterminación de la identidad de género y no considerando ésta un derecho fundamental de las personas. Tengamos presente que no toda persona transexual presenta la necesidad de una intervención quirúrgica para acomodar su sexo biológico a su identidad de género, pero sí debe tener el derecho a un acceso igualitario a la sanidad pública sin que ello suponga la vivencia de situaciones de discriminación, exclusión o desigualdades con respecto al resto de la población. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica sobre la atención sanitaria a personas transexuales con el objetivo de conocer la regulación existente en materia sanitaria y si su aplicación presenta desigualdades de acceso para el colectivo.

1. Marco normativo

1.1. Normativa internacional

La normativa internacional recoge las obligaciones estatales ya que, a través de la ratificación de los tratados internacionales de derechos humanos, los gobiernos se comprometen a adoptar medidas y a establecer legislaciones internas que aboguen por el cumplimiento de lo contraído en los mismos (Naciones Unidas, 2012). Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos recoge derechos fundamentales como la igualdad y la no discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, entre otras (Naciones Unidas, 1948).

En el año 2011 el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos presentó un informe sobre prácticas discriminatorias cometidas hacia las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, así como la forma en la que la normativa internacional podría aplicarse para evitar la violación de los derechos humanos de las personas LGTBI. En su epígrafe denominado “Discriminación en la atención a la Salud” se evidencian las dificultades que presentan las personas transexuales en el acceso al sistema sanitario, con especial atención a la cirugía de reasignación de sexo. En este sentido, se expone como ésta suele ser prohibitiva y rara vez se dispone de financiación pública o cobertura de seguro para su realización (Naciones Unidas, 2011).

En 2015, el citado órgano internacional presentó un nuevo informe que actualizaba el del año 2011 y en el que, bajo el título “Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género”, detallaba aquellas normas y obligaciones que los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivas con la finalidad de prevenir los abusos, obstáculos y prácticas discriminatorias hacia las personas LGTBI+ (Naciones Unidas, 2015). Además, establece la obligación de los Estados de prohibir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en los ámbitos públicos y privados, así como la falta de información sanitaria y de acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, se pone de manifiesto que pese a los avances adquiridos en materia de igualdad y no discriminación hacia las personas LGTBI+, la normativa internacional ha rehusado establecer aplicaciones legislativas que recojan específicamente aquellas materias sociales, sanitarias y jurídicas relativas a las personas transexuales, con la finalidad de regular los derechos de dicho colectivo en atención a sus necesidades. Del mismo modo, cabría comprobar si la obligación mencionada por parte de los Estados de implementar normativas y principios que aboguen por el cumplimiento de los derechos humanos, así como la prevención de las situaciones de discriminación hacia las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, se producen de manera efectiva y si se aplican en todos los países que han ratificado los tratados internacionales.

1.2. Normativa comunitaria

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Unión Europea, 2012) se presenta como un instrumento para reforzar la protección de dichos derechos, en base a la evolución de la sociedad y del progreso social de los países que la conforman. Ésta se encuentra fundamentada en los valores de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la

solidaridad, en base a los principios de la democracia y del Estado de Derecho. Sin embargo, en su artículo 21, en el que se prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual, entre otros, se observa una exclusión explícita por parte del legislador hacia las personas transexuales, al no hacer referencia a la identidad de género como un aspecto fundamental que puede dar lugar a situaciones de discriminación y de vulneración de derechos humanos.

La Resolución 2048 de 2015 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa constata la existencia de situaciones de discriminación hacia las personas transexuales, siendo objeto de situaciones de violencia en forma de delitos de odio verbal y psicológico, así como de serias dificultades de acceso al empleo y a los servicios sanitarios (Consejo de Europa, 2015). En este sentido, se reflejan las situaciones de discriminación múltiple a las que tienen que hacer frente las personas transexuales como consecuencia de los procedimientos impuestos para realizar el tránsito, como es el *test de vida real*. Este es un proceso de evaluación previo o paralelo al diagnóstico que se constituye como requisito indispensable para obtener el certificado de Trastorno de Identidad de Género, y su consecuente tratamiento de hormonación, acceso a la reasignación de sexo o para el cambio de mención de sexo y nombre en los documentos oficiales. En este sentido, se trata de una prueba o test que valide la veracidad de que la persona desea desarrollar su vida en base al sexo sentido (Pons, 2013). Por ello, la Asamblea insta a los Estados a establecer procedimientos sanitarios rápidos, transparentes y accesibles que se encuentren fundados en la libre autodeterminación del género, así como a considerar la inclusión del tercer género en los documentos oficiales. Del mismo modo, en lo que concierne a la intervención quirúrgica de reasignación de sexo y a los cuidados de la salud se solicita la accesibilidad de las personas transexuales a dichos tratamientos garantizando el reembolso de los gastos a través del régimen público de salud, estableciendo las limitaciones de su cobertura en las normativas nacionales, siendo éstas objetivas y proporcionadas (Consejo de Europa, 2015).

En Europa, el reconocimiento legal del género varía en función de la legislación propia de los países que la conforman. De este modo, nos encontramos con países que incluyen la autodeterminación de género como Bélgica, Portugal, Francia, Grecia o Luxemburgo, que han introducido leyes no patologizantes, prohibiendo la obligatoriedad de requisitos médicos o las intervenciones quirúrgicas como condicionantes para el cambio registral de la mención relativa al sexo (ILGA, 2020).

Sin embargo, parece que existe una falta de vinculación legislativa que obligue a los países miembros de la Unión Europea a velar por el cumplimiento de los procesos sanitarios que garanticen los Derechos Fundamentales.

1.3. El ordenamiento jurídico español ante la transexualidad. Luces y sombras

España se define en su Constitución (CE) como un Estado social y democrático de Derecho cuyos valores superiores de su ordenamiento jurídico son la libertad, la justicia y la igualdad (art. 1), proclamando la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. Del mismo modo, en su artículo 14 se prescribe que los españoles son iguales ante la ley sin que pueda existir discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, opinión, etc.. Ante estas consideraciones, resulta necesario realizar una revisión legislativa sobre la regulación existente en España en materia de asistencia sanitaria a personas transexuales con el fin de conocer si ésta se configura bajo los preceptos establecidos en la Constitución Española.

En España, la promoción y protección de la salud por parte de los poderes públicos se encuentra regulada por la Ley General de Salud Pública (Ley 3/2011) cuyo objeto es “establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas [...]” (art. 1). Sin embargo, se carece de una legislación estatal que integre de manera efectiva lo relativo a la asistencia sanitaria de las personas transexuales. Por otra parte, España presenta una descentralización territorial que desemboca en la existencia de Comunidades Autónomas (CCAA) teniendo estas las competencias en cuanto a sanidad e higiene se refiere (CE art. 148.1. 21ª). El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, pretende garantizar la equidad y la accesibilidad a la atención sanitaria en lo relativo a los servicios contenidos en la misma. Esta norma establece que:

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo (art. 11.1).

Así mismo, “podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de

Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios” (art. 11.2). En este sentido, las CCAA pueden elaborar sus propias carteras de servicios que, de forma obligatoria, deben de contener, como mínimo, los servicios comunes establecidos en la normativa nacional. Además, su artículo 2 establece que los usuarios tendrán acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, sin tener en cuenta si se dispone o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que se resida. Por tanto, si los servicios de salud autonómicos no pueden hacer frente a las necesidades de la población, se deben establecer aquellos mecanismos que aseguren la canalización de los usuarios a los centros o servicios donde se disponga de los recursos necesarios para su atención.

Ahora bien, la descentralización existente en España da lugar a una diversidad normativa como consecuencia de la organización territorial por CC.AA., siendo éstas las que deciden las prestaciones complementarias de sus carteras de servicios. Por tanto, ¿qué Comunidades Autónomas apuestan por un sistema sanitario inclusivo que favorezca el desarrollo integral de las personas transexuales? ¿Cuáles de éstas incluyen la intervención quirúrgica de reasignación de sexo?

Andalucía fue la primera en incorporar la asistencia sanitaria de las personas transexuales en su cartera básica de servicios, proporcionando el proceso de reasignación sexual. Aragón y Las Islas Baleares contemplan el derecho de las personas transexuales a acceder al proceso de hormonación y de intervención quirúrgica dentro de su sistema público sanitario. Extremadura cuenta con el protocolo de atención integral a personas transexuales, estableciendo de esta forma la cirugía de reasignación de sexo dentro de su cartera de servicios complementaria. En el caso de Madrid nos encontramos ante un servicio de atención sanitaria a personas transexuales donde se incluye el proceso quirúrgico genital basado en el reconocimiento del derecho de la identidad de género para la construcción libre de la personalidad. Del mismo modo, Murcia, la Comunitat Valenciana, y el País Vasco recogen en sus respectivas normativas los servicios sanitarios específicos para atender a las personas transexuales de manera integral. Cataluña establece la creación de una Unidad de Identidad de Género para proporcionar los servicios sanitarios necesarios al colectivo de personas transexuales y poder prestar la cirugía de reasignación de sexo.

Desde Canarias se establece en su protocolo de atención sanitaria a personas transexuales las intervenciones quirúrgicas de baja complejidad (mastectomía, mamoplastia, histerectomía y anexectomía) que se realizan en los hospitales provinciales de referencia,

pero para las intervenciones de reasignación genital, el Servicio Canario de Salud realiza derivaciones al Hospital Carlos de Haya de Málaga a través del Área de Salud. Del mismo modo, Cantabria y Navarra presentan un Protocolo de Atención a las Personas Transexuales cuyas prestaciones son similares a las de Canarias, teniendo que ser derivadas a otros centros fuera de la propia CCAA aquellas personas que soliciten la cirugía de reasignación de sexo.

A pesar del avance normativo existente en España a estos efectos, siguen existiendo determinados territorios que no establecen en su cartera complementaria de servicios el tratamiento integral necesario que asegure y garantice la libre autodeterminación de la identidad de género. Entre las CCAA que todavía no presentan una legislación específica para atender sanitariamente a las personas transexuales se encuentran Asturias, Castilla la Mancha, Galicia, Castilla y León y la Rioja.

2. Asistencia sanitaria. Una mirada desde lo social

2.1. La pluralidad del ser

La transexualidad lleva consigo la libre autodeterminación de género, que en términos jurídicos podría establecerse como un derecho subjetivo, puesto que trata sobre la propia dimensión del ser. Contrariamente, en derecho, el género es un concepto jurídico determinado, ya que se encuentra explícitamente dicotomizado entre hombre o mujer. Sin embargo, la variante género dista, y mucho, de ser un término inamovible que se configure de manera inequívoca a la hora de nacer. El sexo biológico viene determinado por los órganos genitales, reproductivos y fisiológicos, mientras que el sexo sentido o la identidad de género se establece como el sexo psicológico propio de cada persona y que le autodefine como hombre, mujer, como las dos cosas o como ninguna de ellas. Bajo estos preceptos, es importante destacar el hecho de que no toda persona transexual presenta una incongruencia entre el sexo que se les asigna al nacer y el sexo al que sienten pertenecer, sino que existe la posibilidad de presentar una identidad de género distinta a su fenotipo genital, y ello no implica necesariamente el deseo manifiesto de rechazo hacia los propios caracteres sexuales primarios y secundarios (Salazar Benítez, 2015).

La dualidad de los géneros, presente en el pensamiento hegemónico, ha construido un sistema en el cual lo diferente debe de corregirse a nivel jurídico y quirúrgico. Tanto es así que el nacimiento de un bebé intersexual supone un caso de urgencia psicosocial por lo

que es necesario intervenir quirúrgicamente para adaptar su genitalidad a la identidad de género correspondiente. Pero, ¿quién decide la identidad de género de un neonato? Nos encontramos ante menores de edad cuya tutela corresponde a los progenitores, que son los mismos que finalmente toman la decisión de asignar el género al bebé. De este modo, “la destrucción de genitales intactos y la castración están institucionalizadas y legitimadas por el discurso médico-científico (...). Todo ello amparado por un sistema jurídico que obliga a los sujetos a vivir conforme a uno de los dos únicos sexos” (García López, 2015, p.61).

La pluralidad del ser lleva consigo infinidad de variables que se desmarcan de la visión natural, universal e inmutable del sexo-género. De este modo, aparece la Teoría Queer, cuyo significado terminológico fue definido como “raro, extraño, retorcido, excéntrico, desviado, sospechoso...” (Sierra, 2009, p. 29). Uno de los textos más relevantes con respecto a esta teoría es *Gender Trouble*, donde se expone que la defensa de una identidad cerrada e inequívoca niega la complejidad de la vida, puesto que a través de esta lógica identitaria se construye la dualidad en los sistemas. Bajo esta perspectiva, en aquellos casos en los que se produjera una incoherencia entre el género y el sexo, esto daría lugar a la imposibilidad de la vida, a un fallo o a un defecto de lo normal, y, que por tanto, debería ser reparado para su adaptación social (Butler, 1990).

Por todo ello, la subjetividad del concepto jurídico género no debe enmarcarse tan solo dentro de criterios clínicos, sino que la posición que se tome con respecto a la variabilidad en el sistema sexo-género marcará el modo en el que los sistemas de salud guíen sus prácticas.

2.2. La libre autodeterminación de la identidad de género como elemento determinante de la salud.

El término *salud* se ha ido conceptualizando de manera variada a lo largo del tiempo, en función de los paradigmas existentes en cada momento histórico. En 1948 nace la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el amparo de las Naciones Unidas con el objetivo de que todos los pueblos alcancen el mayor nivel posible de salud. Bajo este prisma, se sitúa a la salud dentro de una concepción holística de la misma, donde se encuentra incluido el bienestar físico, psíquico y social, alejándose de este modo de la percepción original de salud que restringía el significado del término a “ausencia de enfermedad”. Partiendo de estas concepciones se puede contemplar la presencia de lo social en el bienestar del ser humano. Sin embargo, es complejo establecer un consenso

general sobre dicho término, puesto que dentro de cada imaginario colectivo se encuentran inmersas creencias, normas, tradiciones y valores. Por tanto, se presupone la salud como un concepto de construcción sociocultural que varía en función del momento histórico en el que nos encontremos y de los contextos sociales en los que nos situemos.

Las personas LGTBI+ han sido, durante muchos años, un colectivo que ha sufrido actos de violencia, exclusión, discriminación y estigmatización a nivel social, sanitario y jurídico. Esta realidad se ve reflejada en las personas homosexuales, que hasta la década de los 90 eran categorizadas como enfermos mentales y, del mismo modo, la transexualidad se encontraba recogida por la OMS en su clasificación ICD-10 como una enfermedad mental hasta que en 2018 pasó a formar parte de la designación *condiciones relacionadas con la salud sexual*.

La ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas estableció que “toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo” (art. 1.1), siendo necesarios una serie de requisitos establecidos en el art.4 de dicha norma. Conforme a esta, la persona debe acreditar el informe médico o psicológico clínico correspondiente que certifique el diagnóstico de disforia de género, donde debe constar la existencia de una disonancia entre el sexo biológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por la persona, entendiendo la segunda como estable y persistente. Asimismo, el informe debe plasmar la ausencia de trastornos de personalidad que puedan influir de manera determinante en la existencia de dicha disonancia. Además, se establece como necesario que la persona haya sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a aquellas que corresponden con la identidad de género reclamada. Este tratamiento no incluye como necesaria la cirugía de reasignación sexual para la concesión de la rectificación registral, ni serán necesarios los tratamientos médicos citados con anterioridad cuando “concurran razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia” (art. 4.2.).

Bajo este marco normativo encontramos un sistema jurídico que incorpora como requisitos aspectos sanitarios esenciales para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo. Relativo a éste, la Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS), establece que:

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y

orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social (art. 10.1).

De este modo, el sistema sanitario se establece bajo preceptos de no discriminación y de respeto a la personalidad. Aquí se observa una discrepancia evidente entre estos preceptos y la concesión de la rectificación registral que se encuentra condicionada a informes médicos que valoren la inexistencia de un trastorno de la personalidad, así como la garantía de una disforia de género permanente y estable bajo la certeza de tratamiento médico de al menos dos años de duración.

Además, la Ley 3/2007 estableció la restricción de acceso a aquellos menores transexuales que presenten la necesidad de acceder a una modificación registral conforme al nombre y sexo sentido. En este ámbito, la sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019 del Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la restricción de la Ley respecto al cambio registral de los menores de edad, cuando se alegue que presenta la *madurez suficiente*, así como una *situación estable de transexualidad*.

En términos jurídicos esta sentencia se estima como un avance normativo. Sin embargo, este avance se encuentra relativizado por un concepto indeterminado como es *madurez suficiente*, generando un grado evidente de subjetividad, así como la certificación de la invariabilidad de la identidad de género.

3. Reasignación de sexo en personas transexuales

3.1. Consideraciones legislativas previas. Estabilidad presupuestaria como requisito central. ¿Igualdad y solidaridad interterritorial?

La descentralización territorial en materia de sanidad queda establecida en la propia CE (art. 148.1.21^a). Sin embargo, esta organización territorial no debe suponer la existencia de desigualdades entre las diferentes comunidades autónomas ni entre la población que en ellas reside. El legislador estableció en la Ley General de Sanidad que “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” (art. 3.2). Al regular la estructura del Sistema Sanitario Público, dicha Ley estableció criterios de coordinación y mecanismos que corrijan las posibles desigualdades territoriales, fijando una serie de objetivos y fines comunes para todo el territorio nacional, todo ello bajo el eje principal de la

solidaridad interterritorial Sin embargo, las carteras de servicios complementarias de las CCAA se encuentran condicionadas por la existencia de suficiencia presupuestaria, ya que, conforme a la Ley 16/2003, cada C.A. debe destinar recursos económicos, en primer lugar, a las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del SNS y, solo en caso de justificar una estabilidad presupuestaria, podrán aprobar la ampliación de sus propias carteras.

Entonces, ¿hasta qué punto la legislación en materia sanitaria prescribe la igualdad entre territorios y entre la población de los mismos? Se plantea esta cuestión teniendo en cuenta que aquellas CCAA que alcancen la estabilidad presupuestaria tienen la posibilidad de establecer en su marco de acción una sanidad pública con una mayor cantidad de servicios complementarios. Esta opción implica una sanidad integral que tenga en cuenta los derechos sociales y sanitarios de la población. Sin embargo, existe la posibilidad de que algunos territorios carezcan de esa estabilidad presupuestaria y no puedan proporcionar una atención adecuada y suficiente a aquellas necesidades poblacionales que no se encuentren cubiertas por la cartera de servicios comunes. Por tanto, la Ley 16/2003 y su principio de estabilidad presupuestaria condiciona, en función del territorio, el acceso a las prestaciones de la salud pública.

Así pues, a día de hoy nos encontramos ante un sistema sanitario cuya coordinación carece de efectividad a la hora de superar los importantes desequilibrios territoriales y sociales que la política de salud pretendía evitar. Las CCAA han ido creando sus propios servicios de salud dentro de su marco competencial, así como su propia cartera de prestaciones sanitarias complementarias. Ante esto, es necesario plantearse el hecho de que:

[...] Una cartera de servicios absolutamente compacta, cerrada y homogénea para todo el territorio nacional únicamente sería factible si el Estado conservase la competencia exclusiva sobre esta materia. Dado que ese no es el caso, tenemos que asumir que nuestra Constitución ampara la disparidad territorial en mayor o menor medida, dentro de unos límites. (Díaz Aznarte, 2019, p.120).

Además, la asunción de competencias en materia de sanidad por parte de las CCAA lleva consigo una inevitable injerencia, pues la orientación política de un determinado gobierno autonómico puede condicionar las prestaciones complementarias que esa comunidad autónoma oferta. De este modo, algunos colectivos como las personas transexuales pueden quedar en manifiesta desigualdad con respecto a situaciones o colectivos similares

en otras comunidades, violando así el espíritu constitucional de igualdad. Si la protección de la salud está contemplada como un derecho fundamental, ¿por qué el sistema jurídico español establece la igualdad y la solidaridad interterritorial, y sin embargo, avala una descentralización de competencias que permite esta diferencia de derechos?

3.2. Reintegro de gastos médicos en el supuesto de urgencia vital

El Real Decreto 63/1995, mediante el cual se regulaba la ordenación de prestaciones sanitarias, enumeraba en su Anexo III una serie de servicios que no eran financiados con cargo a la Seguridad Social. Entre ellas se encontraba la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos (Díaz Aznarte, 2007). Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, que deroga el anteriormente citado, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización:

Perdió una oportunidad histórica para dar seguridad jurídica a aquellos tratamientos psicológicos, endocrinos y quirúrgicos dirigidos a la reasignación de sexo para aquellos pacientes diagnosticados con disforia de género, al no incluirla entre los servicios comunes del SNS. El único avance que incorporaba fue la supresión de aquella exclusión explícita que contenía la norma anterior (Perán, 2016, p.7).

En este sentido, el legislador deja fuera de la cartera del Sistema Nacional de Salud el tratamiento clínico integral de la reasignación de sexo, cuyo procedimiento está dirigido a que la persona transexual pueda adecuar sus caracteres sexuales a su identidad de género o a su sexo sentido. En la actualidad el Sistema Nacional de Salud incluye la asistencia psicoterapéutica, las terapias hormonales, y las prestaciones complementarias como la logopedia para modular la voz al sexo psicosocial o la dermatología para la depilación facial. Sin embargo, no se han configurado Unidades de Identidad de Género a nivel estatal sino que la existencia de las mismas se reduce a unidades específicas establecidas bajo el marco de las Comunidades Autónomas, aunque solo algunas de ellas presentan una capacidad operativa para realizar intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo (Perán, 2016).

En el art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, se establece:

La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser

utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Así pues, el reintegro por urgencia de carácter vital deriva del gasto originado por un caso fortuito o de fuerza mayor contemplando el uso de medios ajenos al servicio público sanitario (Desdentado y Desdentado, 2003).

Bajo este precepto, es necesario analizar la urgencia vital como término que condiciona el reembolso de los gastos médicos. La indeterminación jurídica de la asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital supone la dificultad de identificación de aquellos supuestos que se encuentran incluidos dentro de esta aceptación y cuáles fuera (Hernández-Bejarano, 2009). ¿Quién y cómo se determina el uso de medios ajenos a la seguridad social como fruto de la urgencia vital? Resulta importante que se presente una situación de urgencia e inmediatez y que la demora en el tratamiento suponga un aumento del riesgo para la vida de la persona. Además, la concurrencia de la urgencia vital precisa de una situación en la que la intervención resulte imprescindible y cuya atención sanitaria no pueda ser dispensada por los servicios sanitarios del sistema público (Rodríguez-Rico, 2013). Sin embargo, a pesar de la comprensible dificultad de regular en la normativa aspectos referentes a la percepción individual con respecto a la salud y el bienestar personal, se deberían contemplar aquellos supuestos en los que se evidencie la necesidad de una atención inmediata y de urgencia vital. El hecho de establecer la inmediatez y la urgencia vital en la normativa reguladora, sin una delimitación conceptual, da lugar a una libertad de interpretación de los supuestos que se encuentran recogidos en la misma. De esta forma, las personas transexuales pueden percibir como urgente el acceso a un tratamiento integral que incluya la cirugía de reasignación de sexo como factor determinante para su salud psíquica y física con la finalidad de lograr un desarrollo personal y social pleno, mientras que un facultativo puede diferir, entrando en conflicto ambas interpretaciones en el que es la persona afectada la que sufre las consecuencias. No se trata tan sólo de un proceso sanitario, sino que éste lleva consigo multitud de factores que pueden suponer una mejora en la calidad de vida de las personas transexuales. La asistencia sanitaria debería concebirse como una herramienta del Estado de Bienestar que asegure el pleno desarrollo vital, así como una vía que facilite el tránsito personal y social de las personas transexuales.

4. Trabajo social e identidad de género: breve aproximación a la realidad del colectivo transexual

Las personas transexuales experimentan situaciones de exclusión social como consecuencia directa de la interiorización de la heteronormatividad en nuestra sociedad. Las amenazas, las agresiones físicas y el aislamiento son algunas de las situaciones de discriminación que pueden dar lugar a la pérdida de autoestima y de autoreconocimiento, siendo la transfobia una problemática social donde intervienen factores socioculturales como la ideología, la educación y la religión. Los delitos de odio, a menudo, provocan en las personas transexuales estados depresivos y pensamientos suicidas (Rubio, 2009).

La progresiva visibilización del colectivo transexual en estos últimos años, a través de los medios de comunicación, el activismo y los debates jurídicos en pro de leyes que permitan la libre autodeterminación de la identidad de género, ha supuesto un avance importante en la lucha por los derechos del colectivo. A pesar de ello, sigue existiendo una carencia notable de estudios científicos que pongan de relieve las problemáticas jurídicas y sanitarias a las que tienen que hacer frente las personas transexuales.

Desde el Trabajo Social Sanitario la labor profesional guía su práctica a través del acompañamiento, la orientación, la potenciación de la autonomía y la protección a la salud. Por ello, es importante la adquisición de conocimientos transdisciplinares para una capacitación profesional adecuada a las necesidades, problemáticas, y cuestiones jurídicas/sanitarias que permitan una mejor atención y respuesta a la evolución cambiante de la realidad transexual. De este modo, se debería contemplar la posibilidad de que la profesión esté orientada a la realización de acogidas, la presentación en la unidad de identidad de género o la gestión de casos velando por un correcto seguimiento de los mismos (Guillén, 2018).

Es necesario luchar activamente desde la profesión para lograr que los derechos de las personas transexuales se encuentren enmarcados bajo legislaciones inclusivas que aboguen por la libre autodeterminación de género. Además, la deconstrucción de género es un eje central para guiar nuestra práctica, así como para lograr la concienciación y sensibilización de la sociedad. Si bien es cierto que existe una carencia notable de estudios que reconozcan las problemáticas concretas que sufren las personas transexuales en el ámbito sanitario, es importante resaltar el papel del trabajo social como herramienta que sirva para una mejora en la calidad de vida de las personas transexuales.

Conclusiones

El Sistema Nacional de Salud es uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, considerándose este último como un enorme avance en la consecución de derechos sociales. Sin embargo, la concepción binaria del ser humano sigue presente en la sociedad, formando parte del discurso médico-jurídico que restringe la libre autodeterminación de la identidad de género de las personas transexuales. En este sentido, la existencia de normativas que condicionan el libre desarrollo de la personalidad a procesos administrativos, tratamientos médicos de dos años de duración o a la constatación de la identidad de género como permanente e irreversible, da lugar a la vulneración de los derechos de las personas transexuales, así como a situaciones de discriminación y exclusión social.

Pese al evidente progreso surgido en los ordenamientos jurídicos a nivel internacional, europeo y nacional para recoger los derechos del colectivo LGTBI+, se evidencia la necesidad de establecer herramientas que aseguren el cumplimiento de los valores y principios que se proclaman desde las instituciones supranacionales. Los derechos de las personas transexuales no gozan de una situación positiva ni uniforme a nivel internacional y europeo, sino que el reconocimiento legal de la identidad de género queda condicionado a los sistemas jurídicos nacionales. Por tanto, se observa una falta de legislación específica para las personas transexuales, siendo la parte del colectivo LGTBI+ cuya regulación sanitaria implica un mayor compromiso de contrapartidas presupuestarias.

En España el sistema sanitario es un elemento esencial para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Un eje primordial del sistema es la asistencia sanitaria, a la que puede acceder toda persona que tenga establecida su residencia en territorio nacional. Es por ello, por esta amplia cobertura, que “las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a estos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios prestados en centros no pertenecientes a los servicios públicos de salud” (LGS, art. 17), salvo que su uso se haya debido a situaciones de extrema urgencia o riesgo para la vida. Así pues, el reintegro de los gastos médicos se encuentra supeditado a la concurrencia de supuestos que aseguren el uso inevitable de aquellos medios que se encuentren fuera del Sistema Nacional de Salud. Ahora bien, la existencia de conceptos jurídicos indeterminados en las normativas estatales, provocan una inevitable subjetividad y quedan expuestas a la libre interpretación de términos como *madurez suficiente*, *urgencia vital*, *situación estable de transexualidad*, etc. Habría que

cuestionarse si el establecimiento de dichos conceptos que afectan a derechos fundamentales no es más que otra forma de sustentar las desigualdades ya existentes, potenciando así situaciones de discriminación y exclusión social, y si los avances adquiridos en materia de derechos LGTBI+ no son suficientes para constatar que nuestro sistema sanitario y jurídico se configure como inclusivo e igualitario, dejando a un lado los cánones cissexistas y binarios existentes en la sociedad.

Sin embargo, la descentralización territorial provoca la existencia de diversidades legislativas en la atención de la población transexual. Las competencias en materia sanitaria están delegadas en las diferentes CCAA, siendo estas las que, en base a la estabilidad presupuestaria de la que dispongan y a la orientación política de su gobierno, apuestan o no por una cartera de servicios complementarias más o menos amplia; como consecuencia se presentan situaciones de discriminación en las que no en todo el territorio nacional se presta el tratamiento clínico integral que asegure una atención adecuada a las necesidades de la población transexual. Por tanto, la inexistencia en todas las CCAA de Unidades de Identidad de Género que certifiquen la posibilidad de acceso a la intervención quirúrgica de reasignación de sexo, provoca que los desplazamientos a otras CCAA supongan un aumento en los perjuicios psicosociales que sufren las personas transexuales.

La lucha de las personas transexuales se ha encontrado diluida dentro del Colectivo LGTBI+, encontrándose relegadas en las normativas y en la atención psico-socio-sanitaria que se les presta. Del mismo modo, se observa una notable carencia de estudios que reflejen la problemática a la que deben hacer frente, así como de las actuaciones específicas destinadas a velar por la libre expresión de género, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la autodefinición del propio cuerpo.

Tras las consideraciones anteriormente expuestas, resulta de vital importancia una transformación en la regulación jurídica y sanitaria que sea adecuada a las necesidades de la población transexual, para establecer un paradigma nuevo que se encuentre sustentado en la libre autodeterminación de la identidad de género. Para ello, cobra especial relevancia la creación de una Ley Integral Estatal que recoja el conjunto de medidas destinadas a garantizar el ejercicio pleno de los derechos asociados a las personas transexuales, con el fin de propiciar una protección jurídica real y velar por el cumplimiento de los derechos humanos. En este sentido, las personas transexuales no conforman un grupo homogéneo, como tradicionalmente se ha sustentado en el imaginario colectivo y, por tanto, en los preceptos jurídicos y sanitarios. Se debe reconocer la existencia de múltiples formas de sentir, de vivir y de expresar la identidad de género sin que ésta se encuentre condicionada

por los valores reduccionistas de la corporalidad y genitalidad. Por ende, la premisa fundamental es el derecho de la persona a autodefinirse, incluyendo la construcción y gestión de su propio cuerpo en condiciones de igualdad, y sin que ello suponga un proceso de transición que menoscabe el interés superior de las personas transexuales, puesto que el pluralismo del ser humano va más allá de los estándares asignados al nacer.

Referencias Bibliográficas

- Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualiad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Bernal, E. y Ortún, V. (2010). La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 254-258. Doi: 10.1016/j.gaceta.2009.12.004.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco-Portiño, M. (2012). Desigualdades territoriales en la atención sanitaria a la transexualidad en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 209-210. Doi: 10.1016/j.gaceta.2011.11.012
- Consejo de Europa (2015). *Discrimination against transgender people in Europe*. Texto adoptado por la Asamblea el 22 de abril de 2015 (15ª sesión). Recuperado de: <https://pace.coe.int/en/files/2173/html>
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado nº 311 de 29 de diciembre de 1978.
- Desdentado Bonete, A. y Desdentado Daroca, E. (2003). El reintegro de los gastos de la asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Seguridad Social. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 44 13-32.
- Díaz Aznarte, M.T. (2007). Las prestaciones médico-sanitarias II. En J.L. Monereo, C. Molina, M.N. Moreno (Dir.) *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad pública en España* (pp.267- 279).Granada, España: Comares.

- _____ (2019). El Sistema Nacional de Salud y las carteras de servicios comunes y complementarias. Una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria. En M.N. Moreno Vida y M.T. Díaz Aznarte (Dir.). *La protección social de la salud en el marco del Estado de Bienestar. Una visión nacional y europea* (pp.119-134). Granada, España: Comares.
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., Cruz, M., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G. et al. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público Español. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 203-209. Doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.021
- FELGTB (2019). *Informe 2019. Delitos de odio*. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Observatorio redes contra odio. Recuperado de: https://felgtb.org/wp-content/uploads/2020/06/INFORME_DELITOSDEODIO2019.pdf
- García López, D.J. (2015). La intersexualidad en el discurso médico-jurídico. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 8, 54-70. Recuperado de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/art icle/view/2476>
- Guillén, A. B. (2018). El papel del trabajador social sanitario en una Unidad de Identidad de Género Infanto Juvenil, a Social Work in progress. *RTS: Revista de Treball Social*, 213, 117-127.
- Hernández-Bejarano, M. (2009). Los supuestos que habilitan el reintegro de gastos sanitarios: una cuestión poco pacífica. *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, 2(13), 39-50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo ?codigo=3092782>
- ILGA Mundo (2020). *Informe de mapeo legal trans 2019. Reconocimiento ante la ley* (3ª Edición). Ginebra: ILGA Mundo. Recuperado de: <https://ilga.org/es/node/86585>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado. BOE ° 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Jefatura del Estado. BOE nº 65 de 16 de marzo de 2007.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Jefatura del Estado. BOE nº 240 de 5 de octubre de 2011.

Meneu, R. y Ortún, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25, 333-338.

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Paris: Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de www.un.org/es/universal-declaration-human-rights

_____ (2011). *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/19/41). Recuperado de:
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_spanish.pdf

_____ (2012), *Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York-Ginebra: Oficina del Alto Comisionado.

_____ (2015). *Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género*. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/29/23). Recuperado de:
https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/29/23&referer=/english/&Lang=S

Perán, S. (2016). Transexualidad y asistencia público sanitaria. *Riuma*, (10), 623-632. URI: <http://hdl.handle.net/10630/12260>

Pons, A. (2013). El test de la vida real o la normalización de la performance de género: un análisis etnográfico. *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Buenos Aires. URI: <https://www.academica.org/000-063/47>

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006.

- Rodríguez-Rico, V. (2013). La urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen jurídico y requisitos. *Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, 121, 201-212. Recuperado de:
http://www.juntadeandalucia.es/empleo/anexos/ccarl/33_1428_3.pdf
- Rubio, F.J. (2009). Aspectos Sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21(1), 361-380.
- Salazar Benítez, O. (2015). La identidad de género como derecho emergente. *Revista de estudios políticos*, 169, 75-107.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio, sobre cuestión de inconstitucionalidad planteada por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. BOE nº 192 de 12 de agosto de 2019.
- Sierra, A. (2009). *Una aproximación a la teoría Queer. El debate sobre la libertad y la ciudadanía. Cuadernos del Ateneo*, (26), 29-42.
- Unión Europea (2012). Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea. Adaptación de la Carta proclamada el 7 de diciembre de 2000. Diario Oficial de la Unión Europea, C 326, 26 de octubre de 2012. Pág. 391. Recuperado de EUR-Lex - C:2012:326:TOC - EN - EUR-Lex (europa.eu).