Las Proposiciones de Ley *trans* y el principio 'primun non nocere'

Antonio Piga Rivero. Prof. Emérito de Medicina Legal. Universidad de Alcalá.
Gobernador Honorario de la Asociación Mundial de Derecho Médico. E-mail: antonio.piga@uah.es
Mª Teresa Alfonso Galán. Dra. en Farmacia. Prof. Legislación, Deontología y Bioética.
Universidad de Alcalá. Facultad Medicina - Farmacia: mteresa.alfonso@uah.es

ADS viene publicando artículos de revisión de casos de reasignación de sexo de menores con resultados fatídicos que plantean retos bioéticos y jurídicos de primer orden (*). Éstos son soslayados por el Legislativo en dos Proposiciones de Ley que actualmente se debaten en el Congreso de los Diputados.

Los autores de este trabajo analizan los textos promovidos por dos grupos parlamentarios y ponen en perspectiva defectos de base tanto conceptuales como en la forma de abordar el problema por el Legislativo en nombre de quienes dicen proteger pero que causarían en realidad un conflicto grave y daños irreparables a los destinatarios de una norma que al ceñirse a la ideología de *género* causaría más perjuicios que beneficios.

Los principios *primun no nocere*, el de beneficencia, el de no maleficencia, el de justicia, el de consentimiento informado y el del interés superior del menor, ausentes en las Proposiciones de Ley que se revisan, deben presidir toda actuación legislativa, máxime cuando la mutilación genital y las terapias de reasignación de sexo son irreversibles para quien adopta una decisión del máximo impacto psicofísico y emocional, de impredecibles consecuencias en no pocos casos. De forma previa a la crítica legislativa, los autores presentan los fundamentos biológicos y afectivos de la identidad sexual desde una perspectiva psicológica, social y de la salud, así como la etiopatogenia del transexualismo en su consideración médica. Las Proposiciones de ley causarían más mal que bien, dicen los autores, por el sufrimiento que provocarían a quienes dicen proteger y por el reconocimiento de derechos que son imposibles de garantizar por ley.

ÍNDICE: INTRODUCCIÓN. PROBLEMAS PERICIALES DE ESTAS DOS PROPOSICIONES DE LEY EN LO QUE SE REFIERE A LA IDENTIDAD DE *GÉNERO*. OBJETIVOS. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y AFECTIVOS DE LOS SEXOS Y LOS *GÉNEROS* NORMALES Y PATOLÓGICOS. LOS SEXOS: GENÉTICO, MORFOLÓGICO, CIVIL, PSICOLÓGICO, SOCIAL. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y LA IDENTIDAD SEXUAL Y DE *GÉNERO* COMENTARIOS A LOS ASPECTOS MÉDICOS REFERENTES A LA IDENTIDAD DE *GÉNERO* DE LA PROPOSICIÓN DE LEY 122/00191. PRINCIPALES DEFECTOS EN ESTAS PROPOSICIONES DE LEY DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO. ASPECTOS ECONÓMICOS Y DE SERVICIOS QUE SERÍAN INDISPENSABLES AUSENCIA DE VIABILIDAD MÉDICA. PREVALENCIA DEL TRANSEXUALISMO. ETIOPATOGENIA DEL TRANSEXUALISMO. EVOLUCIÓN DE LA CONSIDERACIÓN MÉDICA DEL TRANSEXUALISMO. CONSIDERACIONES. CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA.

---

* *ADS nº 289 / Feb. 2021. En torno a si el consentimiento de un menor es válido para la reasignación de sexo* -caso Keira Bell-. Prof. José López Guzmán. Doctor en Farmacia. Profesor Titular del Departamento de Humanidades. Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Director del Máster en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.
ADS nº 269 / Abril 269. Ideología de género y cambio de sexo de menores en edad temprana. Eva Gracia Peligero. Médico psiquiatra. Servicio Psiquiatría y Psicosomática, Presidenta Comité de Ética Asistencial Sector III, Aragón SALUD.
ADS nº 236 / Abril 2016. El niño que no quiso ser niña -caso Bruce versus Brenda-. Editorial.
ADS nº 179 y ADS nº 180 / 2011. 'Particularidad del consentimiento en cambio quirúrgico de sexo por hermafroditismo y ambigüedad sexual. Vanesa Ordóñez, abogada. Investigadora del GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DERECHO MÉDICO, DERECHOS HUMANOS Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. COLOMBIA.

Introducción

En el *Boletín Oficial de las Cortes Generales* se encuentran las *Proposiciones de Ley* de 2 de marzo de 2018 y de 4 de diciembre de 2020, sobre "*Protección jurídica de las personas "trans"*. Los contenidos de estas dos proposiciones de Ley, presentadas por grupos parlamentarios diferentes, en gran medida se complementan.

El presente trabajo no pretende tratar las múltiples facetas de estas Proposiciones de Ley sino solamente los aspectos médico-farmacéuticos que se regularían y de derechos y obligaciones de las personas en los servicios de salud.

La **Proposición de Ley del 4 de diciembre de 2020**, presentada por el grupo parlamentario *Ciudadanos*, pese a que en su artículo 19 trata de atención sanitaria integral a personas intersexuales solo dice: 1. "Las Administraciones sanitarias (…) establecerán protocolos específicos de actuación (…) que incluirá la atención psicológica y los tratamientos de asignación de sexo requeridos conforme a la identidad sentida por las personas intersexuales. 2. Asimismo, velarán por la erradicación de las prácticas de reasignación de sexo de los recién nacidos, salvo en los casos en que las indicaciones médicas exijan lo contrario (…)". Esa *Proposición de Ley* consta de 40 páginas, en las que desarrolla seis capítulos y veinte artículos, señalando que la Ley debe entrar en vigor al día siguiente de su publicación. Si esto fuera así, y en el ejercicio presupuestario siguiente implicando un aumento de la asignación, entendemos que este texto legal constituye un grave engaño y una estafa, especialmente para las personas "trans"; pero también para todos los españoles en general ya que la única explicación que se nos ocurre, es que los derechos a la reasignación de género, que aparentemente se reconocen, se pretenden satisfacer sin precisar sus tipos clínicos y sin ninguno de los medios, ni humanos ni materiales, específicamente necesarios para lo que se menciona; haciendo pasar la obligación de satisfacerlos al Servicio Nacional de Salud, sin ninguna dotación suplementaria.

En cuanto a la ***Proposición de Ley 122/000191*** *sobre la protección jurídica de las personas trans* (de 2 de marzo de 2018) del grupo parlamentario de *Unidas Podemos -En Común Podem- En Marea*, en sus veintitrés páginas dedica el capítulo II, artículos 13 a 16, a la protección en el ámbito sanitario y a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Tampoco se habla de cuál puede ser la demanda estimada tras la aprobación de dicha Ley, ni de cómo atender los problemas médicos, ni de personal, ni de servicios, ni económicos, que llevaría consigo. Pero, lo peor es que, desde el punto de vista médico esa Ley podría resultar en gravísimos daños biopsicológicos irreparables para sus beneficiarios, como se expondrá más adelante.

Las dos Proposiciones de Ley tienen algunos aspectos que son equivalentes, pero, en lo que se refieren a los tratamientos hormonales y quirúrgicos y a otros aspectos sanitarios, la Proposición de Ley del partido "Ciudadanos", que sólo menciona el párrafo que hemos transcrito, está en línea con la Proposición de Ley del partido "Podemos".

Por lo tanto, estas Proposiciones de Ley, actualmente publicadas en el *Boletín de las Cortes*, incluyen graves defectos e insuficiencias, con lo que resulta muy oportuno ponerlos de manifiesto antes de que pueda reanudarse su tramitación.

Problemas periciales de las Proposiciones de Ley en lo que se refiere a la identidad de género

En estas normas, que entre otros aspectos incluirán el derecho a tratamientos hormonales y quirúrgicos para las personas "trans", cuando hablamos de problemas periciales nos referimos a dictámenes de expertos, con vistas a ser útiles y servir para informar la regulación normativa en la primera fase de la tramitación legislativa.

No obstante, en el supuesto de que estos procedimientos, "trans-específicos", quedaran mal regulados en una legislación "ad hoc" que ignorase la biología, este estudio seguiría teniendo interés médico-farmacéutico pericial por los daños y problemas que se derivarían.

Objetivos

Evitar que la prevista regulación legal de los tratamientos hormonales y quirúrgicos de reasignación de sexo, si llegase a aprobarse, pueda causar daños irreversibles a quienes se les apliquen.

Contribuir a que, como mínimo, el derecho a la información, previo al consentimiento para los eventuales tratamientos hormonales y quirúrgicos trans-específicos, sea una realidad basada en evidencias científicas.

Difundir, en los ámbitos jurídicos y médico-legales, los fundamentos científicos sobre las precauciones, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y riesgos de los tratamientos hormonales y quirúrgicos de reasignación de sexo, muy especialmente si son practicados en menores de edad, por las responsabilidades que conllevarían.

Evitar que una Ley de este tipo se pueda aprobar en España sin estudios de viabilidad ética, científica ni económica, sin previsiones de tendencias en el número de demandantes, muy mal informados, y sin saber qué frustraciones, por incumplimiento de expectativas y efectos secundarios gravísimos e irreparables, se pueden originar.

Fundamentos biológicos y afectivos de los sexos y los *géneros* normales y patológicos

Platón cuenta en *El banquete* (**1**) que originariamente habían existido tres sexos: el masculino, el femenino y el andrógino, que participaba de ambos. También dice que inicialmente las personas habían sido esféricas, con dos rostros, cuatro piernas y cuatro brazos. Y que Zeus partió a estos seres primitivos en dos. Añade, "*así pues, una vez que la naturaleza de este ser quedó cortada en dos, cada parte echaba de menos a su mitad, y se reunía con ella, se rodeaban con sus brazos, se abrazaban la una a la otra, anhelando ser una sola naturaleza* (...)".

Según la Real Academia Española de la Lengua, "andrógino" y "hermafrodita" pueden utilizarse como sinónimos y se refieren a personas que poseen características masculinas y femeninas.

Sobre los rasgos psicológicos en la mujer y en el hombre Gina Lombroso (1872-1944), en su obra "El alma de la mujer" (**2**), trata de cuan misteriosamente evoluciona el psiquismo de la niña durante la adolescencia, en el periodo entre la niñez y la edad juvenil; de un modo que hace que la niña, que todo lo confiaba a su madre, ya no se abra a ella, y no por falta de amor o confianza, sino porque en ese periodo la niña ha dejado, temporalmente, de entenderse a sí misma. Y algo parecido sucede con los niños.

Según Philipp Lersch (1898-1972), "*en el instinto sexual se trata de la realización, desarrollo y conservación de la vida anterior a todo individuo y de la cual este procede*". Y también que como resultado de vivencias traumáticas puede "*manifestarse después en forma de exhibicionismo, sadismo y masoquismo; o también en una aversión a todo lo sexual. La especial necesidad de ternura de algunos adultos, puede depender de que la personalidad infantil no ha hallado satisfacción por parte del padre o de la madre* (…)". (**3**)

Carl Gustav Jung (1875-1961) constata que hay una gran similitud de los símbolos e imágenes de la mitología de todos los tiempos y de todos los lugares de la tierra, sin que en la mayoría de los casos sean demostrables su origen, transmisión y propagación. Llega a la conclusión de que estas coincidencias se deben a que los mitos reflejan experiencias y enseñanzas comunes a toda la humanidad, que denominará arquetipos, que se repiten, dado que están dotadas de una fuerza y valor afectivo, y que forman parte del inconsciente colectivo. Jung dice que, así como el cuerpo humano presenta una anatomía común por encima de toda diferencia racial, así también la psique posee, más allá de las diferencias individuales y culturales, un sustrato común que él ha designado "inconsciente colectivo". (**4**)

Los sexos: genético, morfológico, civil, psicológico, social

En el tratado de Purves y col., *Neurociencia* (**4**), se lee: "El concepto de sexo puede subdividirse en tres categorías de sexo: cromosómico, fenotípico e identificador de género. El sexo cromosómico se refiere a los cromosomas X o un cromosoma X y otro Y; XX es una mujer genotípica y XY es un hombre genotípico. El sexo fenotípico se refiere al sexo de un individuo determinado por sus genitales internos y externos, la expresión de los caracteres sexuales secundarios y su comportamiento (…). La identificación de género (…) se refiere a la percepción subjetiva que tienen las personas de un sexo y

de su orientación sexual, lo que es más difícil de definir que el sexo cromosómico o fenotípico. (…). Es útil pensar en el sexo cromosómico como en su mayor parte inmutable; el sexo fenotípico es modificable por los procesos del desarrollo, los tratamientos hormonales o la cirugía y la identificación de *género* como construcción (política y social) y cultural más compleja que un individuo puede aceptar o no".

Y así, en el desarrollo embriológico, se va a ir configurando una anatomía que va a ser o bien morfológicamente femenina o bien masculina. Anatomía que afecta no solo a los caracteres sexuales externos (pene, testículos/ vagina, mamas), sino a la estructura del esqueleto, a la de la laringe, y por lo tanto al tono de voz, entre otros muchos aspectos.

No obstante, en casos infrecuentes, se pueden producir variantes cromosómicas anómalas, como la trisomía XXY, que causa el síndrome de Down; el síndrome de Turner, en el que el segundo cromosoma X se pierde total o parcialmente; el síndrome triple X, XXX; el síndrome de Klinenfelter, o XXY; el síndrome XYY; el síndrome de la X frágil; y otras patologías como el del "Testículo feminizante", en el que el sexo genético y gonadal son masculinos pero el sexo morfológico externo es femenino, pues tienen una deficiencia de receptores para los andrógenos particulares. Estas y otras variantes cromosómicas u hormonales pueden dar lugar a los denominados hermafroditismos o estados intersexuales.

Lo más habitual es que al nacer (o antes por ecografía) ya se determine anatómicamente el sexo, en un sentido masculino o femenino.

El **sexo morfológico** determina al nacimiento el **sexo civil** y, paralelamente, el **sexo psicológico** y el **sexo social**, pudiendo darse variaciones en la alineación del sexo cromosómico, el fenotipo, el psiquismo y la identificación sexual.

Un periodo fundamental en la eclosión del instinto sexual, tanto en los niños como en las niñas, va a ser la adolescencia.

La adopción espontánea de estereotipos, roles y comportamientos diferenciados para niños y niñas comienza al nacer, siendo esto un hecho que se combate por los partidarios de la *ideología de género*, que sostienen que se deberían educar niños y niñas no estereotipados sexualmente, lo que es un tema que no se trata en este artículo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades y la identidad sexual y de *género*

Desde el punto de vista del sentimiento percibido de la identidad sexual y de género, la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, CIE 10, las incluye en F64: *trastornos de la identidad de género*; y F60: *trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual*. En ese grupo hay una Nota, que dice: "La orientación sexual por sí sola no es un trastorno". Otros epígrafes relativos a los impulsos y comportamientos centrados en la sexualidad son F65: *trastornos de la preferencia sexual*, que incluyen las parafilias y diversos trastornos que pueden incluir la sexualidad como tema de delirios, alucinaciones, obsesiones o despersonalizaciones.

La 11ª *Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE-11, se publicará en 2022, de modo que nos referimos a la 10ª versión revisada, aún en vigor. Aunque las variantes citadas vienen incluidas por la OMS en la CIE es obvio que una variante situada en un cromosoma sexual, X o Y, no es por sí misma una enfermedad. El que lo sea, o no, depende de que la persona portadora pueda vivir en equilibrio psicofísico, pese al efecto de dicha variante genética y, como dijo Sigmund Freud (1856-1939), sea capaz de amar y trabajar.

Comentarios a los aspectos médicos referentes a la identidad de *género* de la Proposición de Ley 122/00191

El lenguaje legal ha de ser claro, concreto, inteligible, no prestarse a confusión y cubrir de una forma sistemática el asunto en cuestión.

Pues bien, este no es el caso de la *Exposición de motivos* de esta Proposición de Ley. Lo lógico sería comenzar detallando las motivaciones, pero estas no se detallan. Por el contrario, se dice que "la presente ley tiene por objeto brindar protección jurídica a las personas identificadas como trans y regular el derecho a la libre determinación de la

identidad sexual y expresión del género, a través de un conjunto de medidas dirigidas a garantizar su ejercicio pleno en el ámbito sanitario, educativo, laboral, social, económico y político (…)".

Esta redacción es sumamente ambigua e imprecisa. Realmente corresponde a la expresión de los "fines" y no a la de los "motivos", aunque se menciona una alusión muy insuficiente a los medios necesarios para lograr los fines propuestos.

Luego se lee que "el texto promueve la implementación de políticas públicas y medidas transpositivas, encaminadas a la eliminación de vulneraciones de derechos asociados a la vida privada, la integridad física y las prácticas administrativas a la dignidad de las personas trans (…)".

El texto resulta algo incoherente puesto que promueve políticas públicas para la eliminación de vulneraciones de derechos. Y estos derechos supuestamente vulnerados actualmente los agrupa en tres apartados, que son: los vulnerados en la vida privada, los de la integridad física, y las prácticas administrativas contrarias a la dignidad de las personas trans.

Luego vienen unos epígrafes generales que conducen a afirmar que "la orientación sexual o la identidad sexual y/o de género que cada persona defina para sí es esencial para su personalidad (…)".

Aquí es de notar que la "orientación sexual o la identidad sexual y/o de *género*" no se presentan como manifestaciones ontológicas que se producen de un modo natural y espontáneo sino de la definición que cada persona realice "para sí". Y esto se recalca más adelante al reconocerse el derecho a "obtener documentos de identidad independientemente de su identidad sexual y/o de género, así como a cambiar la información de género en los documentos". Más adelante, en la parte dispositiva, se comentará esta cuestión.

Después se compara la situación a este respecto en varios países y se afirma que "el reconocimiento legal de la identidad de género queda condicionado políticamente por los sistemas jurídicos nacionales y la responsabilidad gubernamental". Aquí de nuevo hay una trampa lógica pues, aunque es cierto que "los sistemas jurídicos nacionales y la responsabilidad gubernamental" incluyen el deber de hacer cumplir las leyes, actualizarlas y perfeccionarlas, **la capacidad normativa de los Parlamentos ha de atenerse a normas de realismo posibilista,** dentro de lo que es real, concretizable y factible, diferenciándolo de lo que no lo es.

Punto II de la "exposición de motivos". En este punto se expone la legislación vigente en España reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (Ley 3/2007). También se mencionan las Comunidades Autónomas que, con posterioridad a esa Ley, la han desarrollado. En la Ley 3/2007 se regula la modificación de la inscripción relativa al sexo en el Registro Civil y con ello a cambiar de nombre, "para quienes se identifican con una de las dos categorías sexogénicas reconocidas". Sólo está permitido para personas con nacionalidad española mayores de edad (…) diagnóstico de disforia de género, llevar bajo tratamiento médico durante al menos dos años (…) y carecer de patología mental alguna. En este punto se afirma "que otras personas trans no identificadas desde el constructo binario hombre-mujer, los de 18 años y las personas trans-migrantes carecen de protección jurídica".

Punto III. "*La presente Ley configura el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género (…) y manifestar cual es un sexo sentido y qué prácticas han de realizarse sobre su cuerpo* (…)".

También se convierte en uno de los principios del texto "*el no plantear ni exigir requisitos para reconocer el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género que entren en contradicción con otros derechos fundamentales*". En este punto el legislador apunta algo que se confirmará en el artículo, que es que la Ley configura el derecho a las prácticas que hayan de realizarse sobre el cuerpo de cualquier persona en la determinación de su identidad sexual y expresión de género. En ese sentido no se plantearán ni exigirán requisitos "*que entren en contradicción con otros derechos fundamentales*".

Punto IV. La Ley "*propone un sujeto de derecho transplural y abierto desde una visión no patológica, no binaria y no reduccionista de sus identidades* (…)".

Luego resume y explica los contenidos del articulado, destacando lo siguiente: "*que las personas*

menores de 16 años deben actuar a través de sus representantes legales, salvo que reúnan las suficientes condiciones de madurez".

Parte dispositiva de la Proposición de Ley *122/00191*.

Volvemos a especificar que el presente trabajo no pretende tratar todos los aspectos de estas Proposiciones de Ley sino solamente los aspectos médico-farmacéuticos y de derechos y obligaciones de las personas en los servicios de salud, a que se refieren los artículos siguientes:

Artículo 6. (…) **La negativa a respetar la identidad sexual o de género** de una persona menor de dieciocho años por parte de las personas que ostentan la patria potestad, será considerada situación "de riesgo". Este contenido ha de considerarse en el contexto de las situaciones que se mencionan y comentan más adelante.

Artículo 7.3. Las **personas menores de 16 años** podrán solicitar la rectificación de (…), sexo, y/o el cambio de nombre propio cuando sean capaces (…) de comprender el alcance de dicha decisión. En caso contrario, el consentimiento lo darán las personas que ostenten la representación de la persona menor de 16 años, después de haber escuchado su opinión (…); **4**. El ejercicio de este derecho en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico alguno (…) ni a la previa modificación de la apariencia (…) a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole (…).

Nota: el contenido de este artículo, que verdaderamente causa grave riesgo y desprotección para el menor y su familia, se comenta más adelante.

Artículo 11. **Criterios de actuación de la Administración pública.**

11.1. Los poderes públicos deberán tomar medidas que garanticen la indemnización y reparación del daño causado a personas trans, quienes para ver reconocida su identidad sexual se sometieron a tratamientos e intervenciones médicas y otras prácticas obligatorias en contra de su voluntad (…).

Artículo 13. **Prohibición de conductas contrarias a los derechos a la identidad sexual** (…). 1. Se prohíbe el uso de terapias aversivas y de cualquier otro procedimiento que suponga un intento de conversión, anulación, o supresión de la identidad sexual sentida o de la expresión de género manifestada. (Nota: es paradójica la prohibición de la conversión de la identidad sexual sentida, y que se promueva el cambio de la identidad sexual anatómica).

Artículo 14. **Prestaciones del Sistema Nacional de Salud**. **1.** Las siguientes prestaciones quedarán incluidas en la cartera básica (…) del SNS (…): **a)** tratamiento hormonal, que en el caso de los y las menores comprenderá tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad (…) y tratamiento hormonal (…) en el momento adecuado de la pubertad (…) a fin de propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados; **b)** proceso quirúrgico genital, adecuación corporal y facial (…); **c)** material protésico; **d)** (…) acceso a la reproducción asistida de toda persona con capacidad de gestar independientemente de su expresión de género e identidad sexual; **2.** Antes del inicio de los tratamientos hormonales se ofrecerá la posibilidad de congelación de tejido gonadal y células reproductoras para su futura recuperación; **3.** Se garantizará la formación, suficiente, continuada y actualizada, de profesionales sanitarios, teniendo en cuenta las necesidades específicas de atención a las personas trans, fomentando la (…) investigación (…)"; **4.** Se garantizará el seguimiento clínico de las personas trans, además se crearán indicadores (…).

Artículo 15. **Modelo de atención a la salud de las personas trans**. **2.** (…) (La asistencia dentro del SNS) (…) deberá llevarse a cabo en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, garantizando la no segregación de las personas trans (…); **3.** Podrán existir centros especializados que contarán con un Servicio de Diversidad de Género (…); **4.** Los protocolos y procedimientos deberán desarrollarse (…) desde una perspectiva despatologizadora (…). (…) **7.** Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico o psiquiátrico que no desee (…). La existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo no deberá constituir un impedimento en el acceso a la atención sanitaria trans específica; (…); **9.** El diseño del modelo de atención a la salud de las personas trans (…) se regulará (…) mediante el oportuno reglamento.

Artículo 16. **No discriminación de personas trans en la atención sanitaria**. **1.** Las personas trans tienen derecho a recibir la atención sanitaria que demanden por su condición sin estigmatización,

evaluaciones psicológicas, tutelajes, segregación ni discriminación; (…); **4.** (…) Será la propia persona menor quien otorgue el consentimiento al tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad, o del tratamiento hormonal cruzado, en los casos en los que la persona sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de dichos tratamientos y en todo caso cuando se trate de mayores de 16 años (…).

Capítulo III. Protección en el ámbito social y laboral; (…) Capítulo IV. Protección en el ámbito educativo. Capítulo V. Protección en el ámbito del deporte. Capítulo VI. Protección en los medios de comunicación y en las redes sociales. Capítulo VII. Protección de las personas trans en los centros de reclusión. (…)

Disposición derogatoria (…).
Disposiciones adicionales.
Disposiciones finales. *(…).*
Disposición final cuarta.

Entrada en vigor. E*sta ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación (…) excepto en las medidas que supongan un aumento de los créditos o la disminución de los ingresos del presupuesto del ejercicio en curso, que entrarán en vigor en el ejercicio presupuestario siguiente*.

Principales defectos de estas Proposiciones de Ley desde el punto de vista médico. Aspectos económicos y de servicios que serían indispensables

Los textos del Legislativo que se analizan en este artículo, exclusivamente desde el punto de vista médico, adolecen de defectos gravísimos que se exponen a continuación.

Estas Proposiciones de Ley supondrían una creación de derechos en la cartera de servicios del SNS, que imponen, como las mismas apuntan, nuevas prestaciones con indicaciones muy subjetivas y, en los casos extremos, de escasa viabilidad, en cuanto a dotación de estructuras y equipamientos muy especializados de personal, tecnologías y recursos, que deberían llevar a cabo tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y de seguimiento durante muchos años a las personas atendidas.

Pues bien, en los textos de éstas no se dice que se hayan realizado estudios de su eficacia clínica, ni estimaciones de la demanda, de las nuevas obligaciones generadas, ni proyecciones sobre la evolución de las mismas, ni predicciones sobre los riesgos de fracasos. Sin todo esto aprobarlas constituiría una nueva sobrecarga de los servicios existentes, que en su mayor parte no podrían satisfacer las ilusiones generadas, con lo que el daño a los pacientes y los conflictos éticos serían enormes.

Ahora bien, aún en el supuesto de que los cálculos y modelos prospectivos existieran y que se aprobasen, acompañadas de sus dotaciones presupuestarias correspondientes, las prestaciones médico quirúrgicas más radicales previstas en muchos casos producirán más daños irreparables que beneficios, tal y como se expone a continuación.

Ausencia de viabilidad médica

En Paris durante los días de la revolución de los estudiantes en mayo de 1968 una pintada decía: "*Se razonable, pide lo imposible*". Esto no es aplicable en el ámbito jurídico ni sanitario.

La *identidad de género* es un concepto acuñado por Robert Stoller (1924-1991) para significar el sentimiento íntimo persistente de pertenecer a una categoría que puede ser discordante con el sexo asignado al nacer. La expresión exteriorizada del sentimiento de identidad de género es el *rol de género*.

Las personas que viven constantemente con una identidad sexual discordante con sus caracteres sexuales externos y con su identidad sexual legal, padecen una incongruencia y pueden experimentar la denominada *disforia de género*. Así, el sentimiento persistente de una incongruencia bien definida entre el sexo del registro civil o legal asignado al nacer, con todo lo que ello conlleva, se encuentra incluido entre los criterios para el diagnóstico de *Disforia de género* del *DSM 5*, o del *ICD 10*. Los conceptos fundamentales que tienen relación con la identidad sexual son los siguientes: *transgénero*, *transexual*, intersexual o hermafrodita, homosexual, bisexual, etc. (**7**)

El problema fundamentalmente suscitado en las Proposiciones de Ley objeto de este artículo es el

de las técnicas quirúrgicas y/o farmacológicas de "asignación", o "reasignación de género". Y es que existe un gran desconocimiento de lo que es posible, o no, llevar a cabo. En primer lugar, entre los problemas que desde hace décadas ya se vienen estudiando, hay que mencionar, aunque sea cuantitativamente excepcional, el problema del hermafroditismo (8). Éste, desde que existen técnicas de asignación o reasignación de sexo (o género), se viene abordando cada vez con más acierto en los países médico quirúrgicamente adelantados, como España.

Ahora bien, el problema que subyace en las Proposiciones de Ley tratadas es el de la incongruencia de *género* de personas que sienten que hay una discordancia entre el sexo aparente al nacimiento, y el experimentado o sentido. Y es que en esos casos el primer problema fundamental tiene dos aspectos. Uno es que el género o sexo, **no es una característica unifactorial, ya que, como se ha indicado, es el resultado de la interacción de diversos procesos íntimamente entrelazados**: cromosómico, genético, gonadal, hormonal, anatómico interno y externo, educacional, psicológico, legal y social. **Y es evidente que la cirugía y la farmacología y la legislación, pueden actuar sobre algunos, pero sobre otros no.**

El segundo aspecto reside en que el *género* evoluciona al igual que el sexo y se acaba definiendo con la madurez hormonal y psicológica de la persona, concretamente en la época de la pubertad, **y sería sumamente imprudente interferir en la evolución natural del menor dentro de su ambiente familiar, muy especialmente con iniciativas pseudo educativas de género y muchos menos con técnicas farmacológicas o quirúrgicas, que van a tener efectos irreversibles.**

El asunto que se está presentando reside en que en cada aspecto biológico y más tarde psicológico y de su identidad, social y cultural, se pueden dar **variantes, y que unas pueden ser genéticas**, que en algunos casos que han de ser tratadas médicamente, como el síndrome de insensibilidad a los andrógenos o del *testículo feminizante*, que requiere asistencia psicológica, quirúrgica y farmacológica; o puede ser **adquirida** en la primera etapa del desarrollo, como la **hiperplasia suprarrenal congénita**, **que da lugar a un fenotipo sexual ambiguo que requiere tratamiento especializado**, obviamente respetando las orientaciones y elecciones de género que se vayan manifestando durante el desarrollo.

El problema que se plantea reside en que, como hemos visto, el sexo cromosómico es inmutable, pero el sexo fenotípico es modificable por los procesos naturales del desarrollo físico y del comportamiento, y por los tratamientos médico-quirúrgicos. Así, **la *identificación de género* ha pasado a pretender ser una construcción no solo psicológica sino socio-cultural, afectiva e ideológica.**

Y en este punto reside la fundamentación de estas Proposiciones de Ley, que parten de pretender dar solución, erróneamente, a los problemas que se pretenden abordar mediante el hecho de que si se pudiese percibir en un menor, a partir de los dos o tres años, que su comportamiento, psicología, juegos, forma de vestir y preferencias, corresponden a un género discordante con su sexo legal determinado al nacer por sus genitales, habría que facilitar por todos los medios que este menor pueda llegar a disfrutar plenamente del rol correspondiente a sus sentimientos e identidad sexual. Esto desde el punto de vista psicológico se tipifica como *incongruencia de género en la infancia*, pero **el problema reside en que los niños son seres que están en evolución**, por lo que la *incongruencia de género* tiene que ser, para poder ser diagnosticada, firme, total y persistente, durante un mínimo de dos años. **Así que este diagnóstico no puede realizarse antes de los cinco años de edad**, **ya que la identidad de *género*, según John Money, entre muchos otros, no se fija antes de los tres años de edad.**

Ahora bien, esta observación es muy útil en los casos de niños nacidos con intersexualidades anatómicas en los que está claramente indicada cirugía y, probablemente, tratamiento hormonal para lograr una determinación sexual o de género. En los casos de menores en los que no hay ninguna alteración anatómica, pero que han sido diagnosticados de *disforia de género*, sin presentar ningún otro diagnóstico médico-psicológico, hay que tener en cuenta **que la mayoría de los niños y niñas diagnosticados así, con disforia de género, en la primera infancia no la van a manifestar en la adolescencia o edad adulta.**

La incongruencia de *género* de adolescentes o adultos se caracteriza por una marcada y persis-

tente incongruencia entre el *género* experimentado y el sexo biológico. **Pero el diagnóstico no se puede realizar antes de la manifestación de la pubertad.**

Este diagnóstico puede, en algunos casos, pretender obtener la congruencia con el sexo sentido, mediante tratamiento hormonal y quirúrgico y otros servicios. **Pero el problema principal reside en lo que se ha dicho respecto a los niños y niñas, que su disforia o incongruencia de género puede no manifestarse en la edad adulta, con lo que no se les puede dar ningún tratamiento farmacológico ni quirúrgico de reasignación de sexo, con lo que, en estos casos, para un profesional sanitario, reza el principio de "primum non nocere" y es primordial ante todo no perjudicar.**

Con el comienzo de la pubertad, el desarrollo de los caracteres sexuales del género, de nacimiento, puede desencadenar o agravar la disforia anatómica del adolescente. En estos casos, **si la disforia de género es clara, se puede detener la pubertad farmacológicamente durante algunos años. Dado que en todo caso no debería acordarse y llevarse a cabo cirugía genital antes de que se haya alcanzado la mayoría de edad, hay un margen de tiempo para que el paciente haya vivido en el sexo que desea estando con tratamiento hormonal. La legislación actual ya facilita al máximo el cambio de sexo y nombre en el Registro Civil y en el ámbito laboral.**

Prevalencia del transexualismo

En una encuesta telefónica realizada en EEUU, Massachusetts, sobre una muestra de 28.000 individuos, el 0,5% se identifica como *transgénero*. En otra muestra, en los Países Bajos, el resultado fue que el 1,1% de los nacidos como varones y el 0,8% como féminas, comunicaban una incongruencia de identidad sexual.

Etiopatogenia del transexualismo

John Money (**10**) consideraba que el sentimiento de ser varón o hembra dependía fundamentalmente de la educación y de factores familiares y que, aunque la biología también jugaba un papel, los padres tenían un papel determinante hasta los tres años de edad, cuando la identidad sexual se estabiliza.

Evolución de la consideración médica del transexualismo

Es importante señalar que, en la mitad de los años de 1960, John Hopkins inauguró en EEUU la primera clínica universitaria multidisciplinaria de *género*, que era continuación de los trabajos de Money y ofrecía reasignación de *género* a transexuales.

Tras múltiples experiencias clínicas, publicaciones y teorías sobre las causas y tratamientos de las incongruencias de la identidad de *género*, Jon Meyer y Donna Reter llevaron a cabo un estudio sobre los resultados de la cirugía de *reasignación de género* para la Universidad John Hopkins.

Los resultados fueron decepcionantes con arreglo a los criterios de calidad de ajuste antes y después de la cirugía, y Hopkins clausuró su clínica de género. Esta iniciativa fue seguida por la mayoría de los programas universitarios de género en EEUU, que eran más de cuarenta, continuando solo tres programas. En los años de 1990 muchos de los grupos que luchaban por los derechos civiles de los *gays*, lesbianas y bisexuales, se unieron para formar la comunidad *LGBT*, que lucha corporativamente para no ser objeto de ninguna discriminación. Y esto incluye a niños prepúberes y adolescentes. (**9**) Entre sus avances están el que no se considere que el ser *transgénero* es una patología mental o una desviación social que genera delincuencia. En este sentido las Naciones Unidas y, dentro de ella, la OMS, el Consejo de Europa y el Parlamento Europeo están empeñados en conseguir que las identidades *transgénero* no sean causa de estigmatización, de exclusión o discriminación. Y en el *ICD-10* y en el *ICD-11* no se clasifican como trastornos mentales, así como tampoco en el *DSM 5*.

Consideraciones

Conscientes de que las distintas perspectivas (jurídica, derechos de los ciudadanos, médico-quirúrgicas, farmacológicas, psicológicas y psiquiátricas, etc.) merecerán ser desarrolladas en otros artículos

vamos a concluir refiriéndonos a uno de los casos que las Proposiciones de leyes comentadas pretenden hacer posibles.

Se trata del caso de menores de edad preadolescentes que manifiestan por su inclinación que son niños *transgénero*. Actualmente, dado que la ropa infantil y el pelo son *unisex*, lo lógico es dejar a estos niños que vayan desarrollando su sexualidad sin que sus inclinaciones les supongan ninguna discriminación ni acoso en la escuela, pero **sin crearles un conflicto exógeno de disforia de *género*.**

En los textos aquí analizados se hace al menor consciente de que tiene un "problema" (que seguramente él no sentía como se le hace percibir) e incluso se amenaza a los padres, educadores o profesionales, que traten de orientar al niño de modo discordante con las asociaciones políticas y/o culturales que hayan visto en él un objeto de aplicación de su ideología. Es decir, se empieza por crear un conflicto para el menor y su familia.

Y si, con arreglo a la ley, se decide a continuación que a ese menor hay que medicarlo, se hará con supresores de sus propias hormonas y con otras más de sustitución hormonal, para toda su vida.

Después habrá que someterle a un plan, realizado a lo largo de años, de cirugía de cambio de sexo, que incluye la extirpación de sus genitales externos e internos, además de otros rasgos que haya que modificar quirúrgicamente para que físicamente corresponda al sexo de elección.

Pero lo peor es que, en estos casos, a diferencia de lo que sucede en los de hermafroditismo que hay necesidad de corregir, **los resultados no suelen corresponder a las ilusiones con las que la persona afronta la ordalía que se ha descrito.**

Y esta realidad suele tener, antes o después, consecuencias funestas (**10**).

CONCLUSIONES

Las Proposiciones de Ley que se han comentado en este artículo utilizan el hecho cierto de que nadie debe ser discriminado o estigmatizado por su identidad sexual y que, si existe una marcada y estable incongruencia entre el sexo de nacimiento y el sentido y expresado, se debe tratar este problema, para que estas personas puedan realizarse a lo largo de su vida lo más plenamente posible.

Ahora bien, estas Proposiciones de Ley, que partiendo de un hecho cierto son inaplicables, al querer introducir imposibles conclusiones y derechos, hay que concluir que son engañosas.

Si llegasen a aprobarse serían muy conflictivas, **causarían mucho sufrimiento a quienes pretenden asistir y darían lugar a gravísimos problemas, entre otros, y muy claramente a los profesionales sanitarios y al Sistema Nacional de Salud.**

Y esto sería debido a que estas Proposiciones de Ley, sin estudiar mínimamente sus limitaciones y condiciones de viabilidad, **reconocen derechos que en muchos aspectos son imposibles de intentar garantizar y que, con toda seguridad, causarían más mal que bien.**

En este artículo solo hemos apuntado algunos extremos de los problemas que habría que afrontar y que son tantos que nosotros por economía de espacio solo hemos podido esbozar algunos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Platón. *El banquete*. Alianza editorial. Madrid 1989

2. Lombroso G. *El alma de la mujer*. Emecé editores. Buenos Aires 1965. (1ª edición, Paris 1937)

3. Lersch P. *La estructura de la personalidad*. Editorial Scientia. Barcelona 1962. Páginas 116-7

4. Jung CG. *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidós. 2013

5. Purves y col. *Neurociencia*. 3ª ed. Editorial Panamericana. Madrid 2008; pp. 788-9

6. Kaplan & Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wolters Kluwer. 10ª ed. 2017

7. Drescher J, Byne W.M. *Gender identity, gender variance and gender dysphoria*. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Opus cit. Cap. 21.4.

8. *ADS nº 179 y ADS nº 180 / 2011. 'Particularidad del consentimiento en cambio quirúrgico de sexo por hermafroditismo y ambigüedad sexual.* Vanesa Ordóñez. Abogado. Investigadora. *Grupo de Investigación en Derecho Médico, Derechos Humanos y Bioética de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad del Cauca*. Colombia. Ordoñez escribe que "La toma de de-

cisión paterna de cambio de sexo de hijo por hermafroditismo y ambigüedad sexual presenta una gran complejidad ético médica que se acentúa cuando se adopta en nombre de menor en edad muy temprana. Los interrogantes bioéticos afectan no sólo a la irreversibilidad de la intervención quirúrgica, sino a las consecuencias físicas y psicológicas del posible rechazo de la nueva configuración genital. (…) Conforme a lo expresado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en la sentencia de unificación 337 de 1999, existen aspectos esenciales a ser tomados en cuenta para determinar si los padres o tutores pueden o no autorizar una intervención médica a un menor, estos son pues los atinentes a la "urgencia y necesidad" del referido tratamiento.

Ahora bien, estos aspectos sólo pueden ser determinados con base en conceptos técnicos, científicos y médicos. (…) En relación con lo anterior, la sentencia T-692 de 1999, retomando lo resumido a su vez por la T-551/99 de la Sentencia SU-337/99, la Corte ha argumentado que existen tres criterios centrales a ser considerados en situaciones de esta naturaleza, y que son:(i) la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor, (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño y (iii) la edad del paciente; un análisis combinado de esos criterios permite identificar casos extremos, entre estos casos extremos, existen múltiples situaciones intermedias que deben ser analizadas, en concreto, para determinar si los padres pueden tomar legítimamente decisiones médicas que afecten a sus hijos. Igualmente los criterios pueden orientar la decisión en sentidos opuestos. Esto sin duda puede estar apoyado por el concepto de 'Consentimiento Orientado al Futuro' como lo expone la sentencia T-850 de 2002.

9. Kyumen H.H., Lieberman M.E. *Gender Issues*. En 'Comprehensive Textbook of Psychiatry'. Opus cit. Cap. 57.6d

10. *ADS nº 236. EDITORIAL / El niño que no quiso ser niña*. El experimento del médico y psicólogo John Money sobre reasignación de sexo con un menor y su teoría sobre reversibilidad fracasaron estrepitosamente: Bruce -luego Brenda, finalmente David Reimer- terminó suicidándose en el 2004 a los 38 años de edad. Antes de su trágico final David Reimer contactó con el periodista J. Colapinto para que publicara su historia y evitar que se repitieran casos como el suyo.

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS

ADS nº 289 / Feb. 2021. En torno a si el consentimiento de un menor es válido para la reasignación de sexo. José López Guzmán. Doctor en Farmacia. Profesor Titular del Departamento de Humanidades. Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Director del Máster en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

ADS nº 269 / Abril 269. Ideología de género y cambio de sexo de menores en edad temprana. Eva Gracia Peligero. Médico psiquiatra. Servicio Psiquiatría y Psicosomática, Presidenta del Comité de Ética Asistencial, Sector III, Aragón SALUD.