

Crónica de un acuerdo político insuficiente

AET-Transexualia (Transexualidad, Intersexualidad, Disforia de Género, Síndrome Harry Benjamin)

El 12/12/2007 se reunió en Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), órgano consultivo donde están representados el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Sanidad de las CCAA, para abordar, entre otras cuestiones, la designación de Unidades, Centros o servicios de referencia para la atención sanitaria pública de la transexualidad, con independencia del lugar de residencia.

Antecedentes históricos de nuestra reivindicación sanitaria

La demanda histórica del colectivo transexual de la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo viene de muy lejos. En 1991 la entonces Ministra de Sanidad, M^a Ángeles Amador, recibió esta petición, que no sería atendida por parte del Gobierno con los argumentos tan peregrinos como lamentables a los que ya está acostumbrado a escuchar el movimiento asociativo transexual cuando dialoga frecuentemente con las instituciones públicas y los partidos políticos (los prejuicios sociales sobre la realidad transexual alcanzan, en menor o mayor grado, a todo el espectro parlamentario, aunque la izquierda política y social siempre haya puesto más énfasis en recoger las aspiraciones de igualdad y emancipación de las minorías sexuales, incorporándolas a sus respectivos proyectos políticos); en 1995 se excluyó expresamente del catálogo general de prestaciones sanitarias del SNS la “*cirugía de cambio de sexo, salvo en los estados de intersexualidad patológica*”; en 1999 el Congreso de los Diputados aprueba una resolución (a instancias de una proposición no de ley presentada por IU) que insta al Gobierno de la Nación a estudiar la posible inclusión de esta prestación sanitaria en la sanidad pública y, ese mismo año, la Junta de Andalucía, en el marco de sus competencias y en cumplimiento de una resolución aprobada por el Parlamento andaluz, incluye el tratamiento clínico de reasignación de sexo en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), mediante la creación de una Unidad de Identidad de Género en el Hospital Carlos Haya (Málaga), que entraría en funcionamiento en 2000.

El 09/04/2002 la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, órgano de asesoramiento científico técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), presentó a la Subcomisión de Prestaciones del citado departamento ministerial un informe científico-técnico sobre trastornos de identidad de género (con atención especial a la cirugía de reasignación de sexo) que concluía con un dictamen favorable a la inclusión del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en el catálogo general de prestaciones sanitarias del SNS. A pesar de este dictamen favorable, por aquel entonces sólo dos CCAA se mostraron favorables a la inclusión de esta prestación, Andalucía y Extremadura (que desde 2002 deriva a sus pacientes transexuales al Hospital Carlos Haya de Málaga); tres se abstuvieron y el resto votó en contra.

¿Qué es el tratamiento clínico integral de reasignación de sexo?

El tratamiento clínico integral de reasignación de sexo es un conjunto de procedimientos definidos desde la psicología y la medicina para que la persona transexual pueda adecuar los caracteres sexuales secundarios y primarios –según cada caso- a su identidad de género o sexo psico-social. Este tratamiento abarca procedimientos tan diversos como la asistencia psicoterapéutica en la fase de diagnóstico de la transexualidad (que debe también incidir en la construcción de mecanismos de auto-apoyo para confrontar el rechazo del entorno social y familiar o la discriminación socio-laboral; la sexualidad y las relaciones afectivo-sexuales, etc.); las terapias hormonales sustitutivas para adecuar el sexo anatómico a la propia identidad de género, con un seguimiento y control endocrinológico de carácter periódico; las prestaciones complementarias necesarias según los casos (logopedia para modular la voz de mujeres transexuales, dermatología para la depilación del vello facial y/o corporal en mujeres transexuales, ...); y, por último, las diversas intervenciones plástico-quirúrgicas características del proceso de

reassignación de sexo, según cada caso concreto y dependiendo siempre de la voluntad de la persona: en mujeres transexuales, las intervenciones más comunes serían la mamoplastia (implante de mamas) y la vaginoplastia y clitoroplastia (creación de una neo-vagina); en el caso de los hombres transexuales, las intervenciones más comunes serían la mastectomía (o extirpación de las mamas para crear un contorno pectoral masculino) y la histerectomía y ovariectomía (extirpación de útero y ovarios), siendo las que afectan a la genitalidad de los hombres transexuales las menos frecuentes, por el riesgo que conllevan y la incertidumbre ante su posible disfuncionalidad como órgano de placer sexual (metaoidoioplastia, o creación de un micro-pene a partir del clítoris; y faloplastia, mediante el implante de un pene con tejidos extraídos del antebrazo).

Por tanto, este tratamiento no consiste únicamente en la cirugía de reassignación de sexo (vaginoplastia y clitoroplastia para mujeres transexuales; metaoidoioplastia o faloplastia para hombres transexuales) y, en una gran parte de los casos, ni siquiera constituye la parte esencial de un proceso de reassignación de sexo, en el que sobre todo debería tenerse en cuenta el grado de satisfacción de la persona transexual al desarrollar sus experiencias vitales conforme a su propia identidad de género (una cuestión que va mucho más allá de las simples imágenes corporales – siempre estereotipadas por los roles de género y los parámetros estéticos de nuestro entorno cultural- y de la propia genitalidad).

De ahí que la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (más conocida como *Ley de Identidad de Género*), prevea en su articulado el derecho de las personas transexuales a la rectificación registral de la mención de sexo (y, en consecuencia, del nombre) sin necesidad de haberse sometido previamente a la cirugía de reassignación sexual. Ésta era una demanda esencial por parte del colectivo transexual porque, a pesar de los avances científico-técnicos en la materia, todavía existe un elevado grado de incertidumbre –lógica por parte de cualquier paciente- sobre los resultados prácticos de una cirugía de reassignación de sexo –tanto por los riesgos y contraindicaciones que conllevan este tipo de intervenciones y que siempre deben ser asumidos en el consentimiento informado que suscribe el/la paciente, como por las dudas previas sobre la funcionalidad o no del nuevo órgano génito-urinario y, en especial, sobre la sensibilidad erótica del mismo.

Avances en las últimas legislaturas (autonómica y estatal)

El Programa Electoral del PSOE a las Elecciones Generales de 14/03/2004 recogía dos reivindicaciones del movimiento asociativo transexual en su apartado de Derechos Civiles, que decían textualmente:

- *“Regularemos, mediante un procedimiento que establezca las garantías necesarias, el derecho de los transexuales a la rectificación registral de sexo”.*
- *“El diagnóstico de la transexualidad y su tratamiento médico y quirúrgico se incorporarán al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud”.*

Obviamente, el primer punto se cumplió con la aprobación por parte de las Cortes Generales de la Ley 3/2007, de 15 de marzo (BOE de 16/03/2007). Y lo más destacable del proceso legislativo de esta norma ha sido la participación directa del movimiento asociativo implicado (tanto la FELGTB como las asociaciones no integradas en dicha Federación) en su elaboración, tanto en la negociación previa de los contenidos del anteproyecto de ley con la Dirección General de Registros y Notariado y con el PSOE (representado por el equipo que conforma la Secretaría de Movimientos Sociales y Relaciones con las ONG´s, con Pedro Zerolo en primera línea), como en el debate parlamentario sobre las enmiendas al proyecto (con una gran implicación, compromiso y complicidad por parte de los Grupos Parlamentarios de IU-ICV y ERC, y la contribución no menos destacable de los nacionalismos democráticos, representados por CiU, PNV, EA, BNG, Nafarroa Bai, Chunta Aragonesista, etc., y que son tan injustamente denostados en nuestro sistema político). Por ello, nuestra posición global sobre esta normativa es satisfactoria, a pesar de que todavía se podrían emprender futuras modificaciones para incluir a otros colectivos que quedaron excluidos – muy a nuestro pesar- de la norma aprobada el 01/03/2007 (cual es el caso de las personas transexuales extranjeras no comunitarias residentes en España). Asimismo, es de justicia reconocer que el impulso para que el proyecto de ley se presentara en 2006 (sin más dilaciones) y su elaboración democrática y participativa –recogiendo gran parte de las propuestas concretas del movimiento asociativo- guardan una estrecha relación de causa-efecto con el proceso de movilización ciudadana emprendida por varias compañeras, tras el anuncio de convocatoria de

huelga de hambre que lanzó Carla Antonelli. Hoy por hoy y mirando con retrospectiva, nos atrevemos a decir abiertamente que ese impulso probablemente fue decisivo para cambiar de forma sustancial el curso de los acontecimientos: se consiguió evitar mayores demoras en la presentación del anteproyecto de ley en Consejo de Ministros (siempre aplazado por circunstancias ajenas a nuestra realidad social) y, por otro lado, inoculó en el partido gobernante el antídoto necesario para evitar cualquier veleidad de despotismo ilustrado en la elaboración de los contenidos de la futura ley, abriéndose un proceso de diálogo entre el PSOE y el conjunto del movimiento asociativo, con carácter previo a la presentación del anteproyecto de ley en el Consejo de Ministros.

En cuanto al segundo punto del Programa Electoral, **AET-Transexualia ha de manifestar, con toda sinceridad, que desde un principio percibió un notable desinterés por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo.** El 27/04/2004 se celebró una primera reunión con el entonces Secretario General de Sanidad, Fernando Lamata, con un resultado inicialmente satisfactorio –del que se dejó constancia en la nota de prensa posterior- y, acto seguido, llegó a los medios de comunicación la versión de la Ministra de Sanidad, Elena Salgado, cuestionando nuestra valoración inicial por entender que era “*muy optimista*”. A partir de ahí empezó lo que no se puede catalogar de otro modo que un desencuentro crónico y persistente con este Ministerio a la hora de abordar nuestra reivindicación sanitaria.

Durante los dos primeros años de esta legislatura que ahora entra en su recta final (concretamente, desde 2004 hasta septiembre de 2006) se estaba debatiendo en el Consejo Interterritorial de Salud la elaboración del nuevo catálogo general de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud –aprobado en septiembre de 2006 mediante el *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-*, que vendría a sustituir al antiguo catálogo, en vigor desde 1995 (*Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*).

En el primer semestre de 2005 se celebraron otras dos reuniones entre la FELGTB y el MSC –en concreto, con la Dirección General de Cohesión del SNS y Alta Inspección-, de las que surgió un tímido compromiso institucional: **configurar una mesa de expertos para abordar esta cuestión, alegando que los informes existentes hasta la fecha no aportaban suficientes datos (opinión muy ligera de la que seguimos discrepando).** Tras recabar la información de numerosos profesionales sanitarios que atienden la transexualidad en el Estado español, **en AET-Transexualia nos consta que nunca se llegó a constituir esa mesa de expertos. Otro compromiso más en el baúl de promesas incumplidas.**

Y en septiembre de 2006, coincidiendo con el inicio del trámite parlamentario del proyecto de ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, **llegó la aprobación del nuevo catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, con él, otra decepción más en nuestro haber: el tratamiento clínico integral de reasignación de sexo no se había incorporado a la cartera de servicios comunes del SNS.** A lo sumo, el único consenso alcanzado en esta materia entre Ministerio y Consejerías de Sanidad de CCAA consistió en retirar aquella mención expresa a la exclusión de “*la cirugía de cambio de sexo*” que figuraba en el catálogo general de prestaciones sanitarias de 1995. Otro tímido avance legal que no conseguía atender, con plenitud, las necesidades socio-sanitarias del colectivo transexual y que, a efectos legales, consolidaba lo que ya venían ejerciendo en la práctica muchas Consejerías de Sanidad desde 2005, al amparo de las propias competencias asumidas por parte de las CCAA en materia de gestión sanitaria: la inclusión del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en sus propios catálogos de prestaciones complementarias, atendiendo la transexualidad desde sus respectivos sistemas públicos de salud y con cargo a los presupuestos autonómicos.

En este aspecto, fueron varias las CCAA que incluyeron –de forma parcial o en su totalidad - el tratamiento clínico de reasignación de sexo desde 2005, sumándose a la senda iniciada por la Junta de Andalucía en 1999: Aragón (septiembre de 2005), Catalunya (en 2005, aunque sólo en las fases de asistencia psicológica y endocrinológica de la transexualidad), Asturias (marzo de 2007) y Madrid (mayo de 2007). Caso paradigmático fue el de Madrid, al tratarse de la primera Comunidad Autónoma gobernada por el Partido Popular (PP) que decidía incluir la atención socio-sanitaria de la transexualidad en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), decisión que tuvo su origen en

una resolución aprobada por unanimidad en la Asamblea de Madrid el 01/06/2006, a instancias de dos proposiciones No de Ley (la primera del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y la segunda presentada por el PP). La vertebración territorial del movimiento asociativo LGTB en todas las CCAA ha sido un factor esencial en la consecución de todos estos avances sanitarios en el ámbito autonómico, porque la mayor parte de los logros alcanzados en esta materia ha contado con la participación activa y decisiva de las asociaciones de transexuales y LGTB implantadas en sus respectivos ámbitos territoriales.

Tras el paréntesis lógico que supuso la tramitación parlamentaria del proyecto de ley reguladora de la rectificación registral de sexo, al concentrarse todos los esfuerzos asociativos a nivel estatal en la aprobación de esta norma, **en abril de 2007 varias asociaciones (integradas o no en la FELGTB) coincidimos en la necesidad de retomar las conversaciones con el MSC – interrumpidas en 2005- para abordar la inclusión del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en la cartera de servicios comunes del SNS.** De ahí surgieron nuevos acuerdos concretos de colaboración entre asociaciones de transexuales y LGTB –plasmados en la constitución de la Plataforma por la Inclusión de los Derechos Sanitarios de las Personas Transexuales en el Sistema Nacional de Salud (PDST)- y algunos desencuentros amargos con otras organizaciones, que tuvieron su origen tanto en las discrepancias –siempre legítimas- sobre el alcance y desarrollo concretos de esta prestación sanitaria, como en los métodos adoptados para configurar la delegación institucional que debía acudir a una reunión con un organismo público (poco respetuosa con los principios de democracia interna de las asociaciones, por mucho que se intentase dotar a esta decisión de una supuesta legitimidad democrática *a posteriori*, mediante la ratificación de la misma por parte del máximo órgano entre congresos).

El 07/06/2007 varias asociaciones presentan su escrito de petición de reunión con el MSC. **Una reunión que, tras variados contratiempos (entre ellos, la suspensión de la reunión inicialmente prevista para el 04/09/2007), se celebra con desunión por parte del movimiento asociativo: el 25/09/2007 con la FELGTB y el 26/09/2007 con la PDST.** Respecto a las propuestas planteadas por el movimiento asociativo, AET-Transexualia se remite a todos los documentos que presentó por escrito en el Registro del MSC el 24/08/2007 y el 03/09/2007 (muchos de ellos coinciden con las mismas propuestas que en 2004 presentaron diversas asociaciones, tanto la FELGTB como otras asociaciones no integradas en dicha Federación).

De esas dos reuniones del MSC con el movimiento asociativo surge la propuesta del nuevo departamento ministerial (tras el nombramiento de Bernat Soria como Ministro del ramo): la asignación de uno o varios centros de referencia estatal en el Sistema Nacional de Salud para atender la transexualidad, con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria. Según dispone el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, el objeto de estos servicios o centros de referencia *“es garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros”*.

El 12/12/2007 se celebra la última reunión (tanto del año en curso como de la presente legislatura) del Consejo Interterritorial del SNS, en el que se ha acordado asignar uno o varios centros, Unidades o servicios de referencia para el tratamiento clínico de reasignación de sexo, atendiendo a los criterios establecidos por un grupo de expertos en cirugía plástica, endocrinología, psiquiatría y psicología y estudiando los requisitos humanos, formativos, de experiencia y técnicos necesarios. Posteriormente, el Comité de Designación de centros, servicios y unidades de referencia evaluará las solicitudes recibidas y, siguiendo los criterios acordados para su designación, cursará traslado de su propuesta al Ministerio, que se encargará de acreditarlos a través de la Agencia de Calidad del SNS.

Motivos de nuestra discrepancia con la propuesta del Ministerio de Sanidad

Si, aparentemente, todo parece tan perfecto y los medios de comunicación nos informan del *“cambio de sexo gratis”* (como si las prestaciones sanitarias no fueran financiadas por el conjunto de la ciudadanía a través de su sistema fiscal –cada vez menos progresivo gracias las políticas económicas basadas en la disminución de los impuestos directos sobre las rentas más altas- y de las cotizaciones a la Seguridad Social), ¿cómo es posible que una asociación con esta trayectoria

histórica discrepe con una propuesta formulada por un gobierno progresista que pretende garantizar la igualdad en el acceso a nuestra prestación sanitaria en el conjunto del territorio estatal, independientemente del lugar de residencia?

Por varias razones que vamos a detallar:

1. En primer lugar, **el MSC perdió una gran oportunidad durante los dos primeros años de legislatura para trasladar al Consejo Interterritorial del SNS la propuesta de inclusión del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en el catálogo general de prestaciones sanitarias del SNS, justo en el momento preciso en el que se estaba debatiendo la nueva cartera de servicios comunes.**
2. En segundo lugar, **este sistema de centros o unidades de referencia no incorpora expresamente nuestras necesidades sanitarias al catálogo general de prestaciones sanitarias del SNS, con pleno derecho. Este sistema se ciñe a la designación de centros, servicios o unidades de referencia estatal para atender una determinada patología, durante un período máximo de cinco años y con posibilidad de renovación.** Por tanto, aún constituyendo un avance respecto a la situación anterior, no es menos cierto que este logro es claramente insatisfactorio, porque **en cualquier momento puede revocarse la designación del centro, servicio o unidad de referencia, si ésta deja de cumplir alguno de los criterios en función de los cuales se le designó.**
3. Por otro lado, **su sistema de financiación, con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria, es motivo de discrepancia entre CCAA, porque a través del citado Fondo se financia sólo el 80% de la prestación sanitaria de los pacientes derivados desde cualquier Comunidad Autónoma al centro de referencia acreditado.** ¿Qué quiere decir? Poniendo un ejemplo hipotético con la Unidad de Trastornos de Identidad de Género el Hospital Carlos Haya (Málaga), si ésta fuera acreditada como centro de referencia, el Fondo de Cohesión Sanitaria compensaría al Servicio Andaluz de Salud con el 80% del coste de los tratamientos prestados a cada paciente derivado de cualquier otra Comunidad Autónoma, pero el SAS debería seguir abonando el coste de sus pacientes residentes en Andalucía. Primer desequilibrio económico: la Comunidad Autónoma debe seguir financiando a sus propios pacientes (los que residen en su ámbito territorial), con cargo a sus presupuestos. Y ese quizás debe ser el motivo esencial por el que Marina Geli, Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, haya descartado recientemente su compromiso inicial de incluir las cirugías de reasignación de sexo en el Server Català de Salut para el 2008, alegando la existencia de otras prioridades, como la atención bucodental en la infancia. Teniendo en perspectiva la designación de centros de referencia estatal, ¿para qué va a hacer Catalunya un esfuerzo inversor en esta materia, si puede derivar a sus pacientes a otra Comunidad Autónoma?
4. De hecho, tampoco está muy claro que la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid vaya a solicitar la designación de la Unidad de Identidad de Género recién creada en el SERMAS como unidad de referencia estatal. Y la Unidad de Asturias, creada en marzo de 2007, carece hoy por hoy de especialistas para atender las cirugías de reasignación de sexo, por lo que no cumpliría uno de los requisitos esenciales para optar a constituirse como unidad de referencia estatal.
5. **En definitiva, ¿qué nos queda de la generosa propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, acordada en el Consejo Interterritorial del SNS sin la presencia de los consejeros de sanidad de las CCAA gobernadas por el PP?: el Hospital Carlos Haya de Málaga como única alternativa creíble para postularse en este momento como centro, unidad o servicio de referencia estatal para atender la transexualidad.** Tan certera es esta posibilidad que, de hecho, la Junta de Andalucía ha sido la única Comunidad Autónoma que ya ha dado a conocer su opinión en la materia, por boca de su Consejera de Salud, M^a Jesús Montero, quien ya ha señalado en la prensa que *“no me cabe la menor duda de que el Carlos Haya será una de las unidades acreditadas para recibir a estos pacientes.”* Precisamente estamos hablando de una Unidad que ya de por sí se encuentra colapsada de pacientes desde hace varios años –posiblemente debido a serias carencias económicas de orden presupuestario- y con una considerable lista de espera. Nos consta también, por informaciones de los usuarios de la misma, que el servicio de cirugías de reasignación de sexo lleva paralizado varios meses debido a la excedencia de uno de los cirujanos del equipo profesional. ¿Ésta es la forma que tiene el Ministerio de Sanidad de

atender nuestras necesidades? ¿Es ésta la consideración que merecemos las personas transexuales por parte de las autoridades sanitarias?

6. **Y he aquí precisamente el riesgo que ciertas asociaciones queríamos evitar: si bien las cirugías de reasignación de sexo, por su elevada complejidad, especialización y cualificación científico-técnica, requieren de la concentración de los recursos disponibles en unas pocas unidades de referencia estatal, el resto de los procedimientos previstos para atender el tratamiento clínico integral de reasignación de sexo (atención psicológica en la fase de diagnóstico de la transexualidad, controles endocrinológicos de las terapias hormonales sustitutivas, etc.) necesita, por su carácter periódico en el tiempo, de la cercanía y la proximidad geográfica para garantizar el adecuado seguimiento de cada paciente. ¿Por qué? Porque lo contrario sólo conduce al abandono voluntario del tratamiento médico reglado por parte del paciente (con los consiguientes riesgos derivados de la auto-administración de hormonas) e incentiva –indirectamente- la búsqueda de las intervenciones médico-quirúrgicas a través de los recursos ya disponibles en la sanidad privada. Aunque se abonaran los costes derivados de los desplazamientos entre CCAA a los pacientes, ¿alguien es consciente de lo que supone acudir, durante un mínimo de cuatro visitas anuales, a una Unidad de Identidad de Género situada a cientos de kilómetros para recibir, durante un período de –al menos- dos años, la asistencia psicológica y endocrinológica? ¿Alguien es consciente de sus repercusiones en un entorno laboral dominado por la precariedad en el empleo, con la consiguiente pérdida *de facto* de derechos sociales –aunque éstos estén reconocidos por la legislación laboral y la negociación colectiva? Si en muchas empresas se despide impunemente a trabajadores en situación de Incapacidad Temporal por enfermedad común (porque esta situación está permitida en nuestra legislación laboral, merced a las continuas políticas de desregulación en el mundo del trabajo) y hasta se llega en ocasiones al extremo de despedir a mujeres embarazadas (aún tratándose de un despido nulo que conlleva la inmediata readmisión de la trabajadora tras dictarse sentencia en la primera instancia del orden jurisdiccional de lo social), ¿qué puede ocurrir cuando una persona transexual tenga que afrontar cuatro –o más- visitas médicas anuales a larga distancia, que impliquen una ausencia del centro de trabajo durante varios días al año (tantos como visitas haya que realizar)? **Ante tanto nivel de complicación burocrática para sus vidas cotidianas, muchas personas transexuales optarán por buscar una vía alternativa más práctica, que no siempre será la más adecuada para su salud.****
7. **Por eso AET-Transexualia propuso desde un primer momento que las primeras fases del proceso de reasignación de sexo (todas aquellas en las que no interviene la especialidad quirúrgica) fueran atendidas en unidades creadas a tal efecto en cada Comunidad Autónoma y, en consecuencia, la concentración de recursos económicos, técnicos y humanos propia de los centros, servicios o unidades de referencia se destinara, única y exclusivamente, a atender las intervenciones plástico-quirúrgicas propias del proceso de reasignación de sexo.**

En virtud de lo expuesto anteriormente, **consideramos que el principio de acuerdo adoptado el 12/12/2007 en el Consejo Interterritorial del SNS es claramente insuficiente para atender las necesidades socio-sanitarias de las personas transexuales en el conjunto del territorio del Estado español y, por ende, manifiestamente mejorable. Y en ello va a seguir trabajando AET-Transexualia.**

Una promesa electoral puede incumplirse, abordarse en su integridad o cerrarse en falso. En este caso, **entendemos que la propuesta del Ministerio zanja de mala manera un problema mediante la adopción de una solución organizativa de los recursos –la de los centros de referencia- que no tiene en cuenta las necesidades sanitarias reales de la población a la que se pretende atender, sin haber previsto y estudiado de antemano otras posibilidades –tan realistas como la recientemente aprobada- para incorporar esta prestación al Sistema Nacional de Salud, que no hubieran supuesto un mayor coste para el erario público, pero sí una mejor calidad en el servicio sanitario de la transexualidad.**

En Madrid, a 16 de diciembre de 2007.

Junta Directiva de AET-Transexualia.

