**LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS DE
LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL:
ÁMBITO LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL.**

Autora: Susana Moreno Cáliz

Niub 90243160

Tutor: Santiago Peregalli

Master en Bioética y Derecho (2023-2025)

Curso 2024-2025

RESUMEN: El presente trabajo aborda el estado de la cuestión sobre la protección de los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas trans. Para ello se hace un análisis comparativo de la protección en el ámbito laboral y de la seguridad social de los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras trans y cisgénero y se concretan las medidas legales de aplicación a las personas trans, incidiendo especialmente en el acceso a las prestaciones públicas de Seguridad Social relacionadas con tales derechos.

PALABRAS CLAVE: transgénero, trans gestante, salud sexual, salud reproductiva, protección social, discriminación, derechos fundamentales, cisgénero.

ABSTRACT: This paper addresses the state of the art regarding the protection of the sexual and reproductive health rights of transgender people. To this end, it conducts a comparative analysis of the protection of the sexual and reproductive health rights of transgender and cisgender workers in the workplace and social security systems. It also specifies the legal measures applicable to transgender people, with a particular focus on access to public social security benefits related to these rights.

KEY WORDS: transgender, pregnant trans woman, sexual health, reproductive health, social protection, discrimination, fundamental rights, cisgender.

SUMARIO.

LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL: ÁMBITO LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL.....	0
SUMARIO.....	2
ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. DELIMITACIÓN DEL TRABAJO. TERMINOLOGÍA Y MARCO JURÍDICO DE REFERENCIA.....	9
1.1. Cuestiones previas. Justificación del tema.....	9
1.2. Transgénero y transexualidad.....	9
1.2.1. Concepto. La importancia del lenguaje.....	9
1.2.2. Similitudes y diferencias.....	11
1.3. Marco normativo de referencia de los derechos de salud sexual y reproductivos de las personas trans.....	13
1.3.1. Marco general regulador de los derechos del colectivo LGTBI: la nueva Ley de Libertad Sexual 4/2023 y el recién aprobado Real Decreto 1026/2024 que la desarrolla.....	13
1.3.2. Marco específico: la Ley reguladora de los derechos de salud sexual y de reproducción sexual: la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero.....	16
1.3.3. Marco jurídico laboral y de seguridad social. Determinación de los preceptos normativos relacionados con los derechos de salud sexual y reproductiva.....	18
CAPÍTULO II. EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS.....	20
2.1. El derecho a la salud sexual y reproductiva.....	20
2.1.1. Su protección en el marco de la Constitución Española como derecho fundamental y en normas de origen internacional como derecho humano.....	20
2.1.2. El contenido del derecho a la salud sexual y reproductiva.....	22
2.2. Otros derechos fundamentales relacionados con el derecho a la salud sexual y reproductiva.....	23
2.2.1. El derecho a la dignidad.....	23
2.2.2. El derecho a la no discriminación y no estigmatización.....	25
2.2. Principios bioéticos implicados en la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva.....	30
2.2.1. Concepto de “colectivo vulnerable” ¿qué es ser vulnerable?.....	30

2.2.2. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad.	35
2.3. La conexión con el derecho a la salud laboral.	37
2.3.1. La seguridad y salud laboral de las personas vulnerables. Análisis de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.	37
2.3.2. Medidas en el ámbito de la prevención de riesgos.	39
2.4. Ausencias retribuidas (permisos laborales) relacionadas con la salud de las personas trans.	41
CAPÍTULO III. LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	42
3.1. Contextualización de los derechos: estructura del sistema de la Seguridad social. Contingencias protegidas.	42
3.2. El acceso a las prestaciones de Seguridad Social de las personas trabajadoras trans. El derecho a la no discriminación.	42
3.3. Prestaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.	43
3.3.1. Prestación de incapacidad Temporal: situaciones protegidas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.	44
3.3.2. Prestación contributiva y no contributiva de nacimiento y cuidado de menor.	47
3.3.3. Riesgo durante el embarazo y durante la lactancia.	52
CONCLUSIONES.	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
Art./arts.	Artículo/artículos
BOCG	Boletín Oficial de las Cortes Generales
BOE	Boletín Oficial del Estado
c.	Contra
CC	Código Civil. Real Decreto de 24 de junio de 1889
CE	Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CEDH	Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (Roma, 4 de noviembre de 1950)
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women</i>
COGAM	Colectivo LGTBI+ de Madrid
Coord. /Coords.	Coordinador/Coordinadores
Dir./Dir.	Director/Directores
DDFF	Derechos Fundamentales
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition
EPATH	European Professional Association for Transgender Health
ET	Estatuto de los Trabajadores. Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre
FJ/FFJJ	Fundamento Jurídico/Fundamentos Jurídicos
GAHT	<i>Gender-Affirming Homonal Treatments</i>
GBHSH	Gais, Bisexuales, Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
INSST	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTBI	Lesbianas, Gais, Trans, Bisexual, Intersexual
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 octubre
nd	no data (o sin fecha, según citación APA, 7ª edición)

NNUU	Naciones Unidas
NTP	Nota Técnica de Prevención
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud
RAE	Real Academia Española
Rec.	Recurso
RECs	Research Ethics Committees
SOC	Standards Of Care
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TGD	Transgénero y Género Diverso
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TRADE	Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente
TC	Tribunal Constitucional
TS	Tribunal Supremo
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UUNN	United Nations
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto profundizar sobre el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva de las personas transgénero (trans, en adelante), haciendo hincapié en el acceso a las prestaciones públicas de seguridad social relacionadas con los derechos mencionados y, especialmente, su conexión con la prestación por nacimiento y cuidado del menor.

Se pretende ahondar en la comprensión del derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas trans y su protección en el ámbito laboral y de la seguridad social del ordenamiento jurídico español.

Según el glosario de los estándares de cuidado de la salud de las personas Transgénero o con Diversidad de Género (TGD, por sus siglas en inglés), es decir, los *Standards of Care*¹, el vocablo transgénero o trans es un término paraguas en el que están incluidas aquellas personas cuyas identidades de género o expresiones de género no son las típicas asociadas (“*expected*” es el término que se utiliza) para el sexo que se le ha asignado a esa persona al nacer (Coleman et al., 2022).

Para ello en el primer capítulo resulta necesario delimitar desde un punto de vista objetivo y subjetivo quiénes van a ser objeto de estudio y, por ello, estará dedicado a examinar los conceptos y el marco jurídico de aplicación. Es decir, se delimitará el encaje del derecho a la salud sexual y reproductiva en el marco jurídico nacional e internacional con carácter previo para analizar con posterioridad, en un segundo capítulo, su enlace o conexión con los derechos humanos. Los textos internacionales relacionan los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con los derechos humanos, como el derecho a la vida o incluso el derecho a la dignidad². Por ende, debemos configurar el marco jurídico en el que se asientan, se fundamentan estos derechos y explorar a quienes se dirige la protección de estos, por lo que se realizará un análisis comparativo entre el reconocimiento y garantía de los derechos de salud sexual y de reproducción de la mujer y de las personas trans. Partimos de la idea de que los derechos de salud sexual y los derechos reproductivos son derechos distintos, aunque están interconectados.

¹ Esta versión del *Standards of Care* (la octava, última versión publicada en el 2022 o SOC-8) contiene dieciocho capítulos con recomendaciones para los profesionales que actúan en el cuidado y tratamiento médico de las personas TGD. Hay varios capítulos dedicados al cuidado de las personas de género diverso entre las que se incluyen los no binarios, eunucos, individuos intersexuales y personas que viven en ambientes institucionales. Asimismo, el SOC dedica algunos capítulos a los tratamientos de afirmación de género (*gender-affirming treatment*), terapia hormonal, cirugía y cuidados post operación, voz y comunicación, atención primaria, salud reproductiva, salud sexual y salud mental (Coleman et al., 2022).

² Véase Preámbulo de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la normativa citada allí: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 y Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021 (BOE núm. 51, p. 3).

Los mal llamados “derechos reproductivos” como señala la doctrina (Casado, 2018) se refieren a la autonomía de la persona para decidir si quiere o no procrear, pero no se conciben como un derecho en sentido estricto, de exigencia a un tercero del cumplimiento de una obligación (al Estado, en particular, para que cubra los gastos de terapias de reproducción asistida, por ejemplo) sino más bien como libertad de procreación, de libre desarrollo de la personalidad, libre de injerencias de un tercero (el Estado no puede interferir en las decisiones de los particulares en torno a si quieren o no ser progenitores). En el tercer capítulo, que pretende ser el núcleo del trabajo, se tratará la protección de seguridad social de las personas trans: el acceso a las prestaciones de nivel contributivo, primordialmente, de aquellas personas trabajadoras trans, que pueden sufrir alguna contingencia protegida por la seguridad social como el embarazo, el nacimiento y cuidado de hijo/a o la dismenorrea secundaria incapacitante, contingencias que dan lugar a prestaciones específicas como riesgo durante el embarazo, la prestación por nacimiento y cuidado de menor, el subsidio económico de incapacidad temporal, en las que está presente la gestación y la menstruación. En este capítulo se pretende conocer la idiosincrasia de la protección social de los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas trans gestantes y los derechos reconocidos en la ley de seguridad social española.

Así pues, se analizará la normativa y la jurisprudencia española, especialmente la derivada de la gestación subrogada y los derechos de reproducción sexual, que protege la Seguridad Social española y, por tanto, como no podía ser de otra manera se incorporará la jurisprudencia en esta materia a nivel internacional, del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), sin descuidar la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), especialmente sobre la protección de la maternidad y su aplicación a este colectivo de personas.

El método científico que se aplicará es la metodología comparativa dentro de la normativa nacional actual de la protección de los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas transgénero y las personas cisgénero en el ámbito laboral y de la Seguridad Social. Esta metodología descriptiva -a través de la cual se pretende describir el estado de la cuestión de un tema (Martínez-Olmo y González-Catalán, 2020³) sin establecer relaciones de causa-efecto sino una descripción detallada de la situación (Stewart, nd)- es, por otro lado, habitual en tesis doctorales.

³ Los autores diferencian entre investigación descriptiva, explicativa y evaluativa, según el tipo de preguntas que nos formulemos, a saber: en la primera tratamos de responder a la pregunta de cuáles son las características o propiedades de un fenómeno, en la investigación explicativa porqué ocurre en particular dicho fenómeno y en la evaluativa, cuáles son las fortalezas y debilidades del fenómeno (Martínez-Olmo y González-Catalán, 2020, p. 2).

A través del análisis normativo y de la búsqueda de bibliografía no sólo en el campo específico de los derechos laborales sino también en el ámbito más amplio de los derechos humanos y de otras disciplinas como la sociología o la psicología pretendo poder confirmar o desmontar la hipótesis de partida, relacionada con la condición de vulnerabilidad de estas personas y, consiguientemente, su discriminación en la normativa que protege los derechos de las personas trabajadoras al acceso a permisos y prestaciones dirigidas a conciliar vida laboral y familiar, en igualdad de condiciones, con independencia del sexo y la identidad sexual.

Los objetivos del trabajo son determinar el estado de la cuestión de la protección de los derechos de salud sexual y de salud reproductivos de las personas trans, a raíz de las recientes reformas introducidas en la legislación española y, su incidencia en el ámbito laboral y de la seguridad social. Con el análisis propuesto se pretende dar a conocer la normativa y los problemas interpretativos y de aplicación que plantean para poder concluir si hay o no una discriminación con respecto a las personas cisgénero en este ámbito del ordenamiento jurídico español.

CAPÍTULO I. DELIMITACIÓN DEL TRABAJO. TERMINOLOGÍA Y MARCO JURÍDICO DE REFERENCIA.

1.1. Cuestiones previas. Justificación del tema.

Resulta necesario detenerse en el conocimiento de los conceptos teóricos y la terminología que se va a utilizar para delimitar el tema de estudio. El lenguaje es muy importante en este campo porque ayuda a fijar aquellas cuestiones sobre las que vamos a basar la hipótesis de partida: la discriminación -concepto que abordaremos en el capítulo II- de las personas trans⁴.

Vaya por delante la necesaria distinción entre el concepto “estereotipo”⁵ -concepto grupal, de grupo, es algo que comparte un grupo y hay mucha uniformidad sobre su contenido; es un sistema selectivo de organización cognitiva y es un aspecto del pensamiento humano-, el concepto “prejuicio” -concepto relacionado con lo afectivo, el afecto o la evaluación negativa del grupo- y el concepto de la “discriminación” -relacionado con lo conductual como la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión (Huici, 1996).

En este capítulo se pretende deslindar los conceptos que se van a utilizar, la terminología que se va a emplear y el marco normativo de aplicación en el tema de los derechos de salud y de reproducción sexual de las personas trans.

1.2. Transgénero y transexualidad.

1.2.1. Concepto. La importancia del lenguaje.

Los expertos en salud transgénero en un ámbito mundial y en el ámbito europeo – agrupados en la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) y la *European Professional Association for Transgender Health* (EPATH)⁶- coinciden en considerar de vital importancia utilizar un lenguaje respetuoso, no patologizante y consistente con los derechos humanos (Bouman et al., 2017).

⁴ Según el Diccionario de la Real Academia Española el prefijo “trans” significa “al otro lado de” o “a través de”. Vid. <https://dle.rae.es/trans-?m=form> [fuente consultada el día 27 de noviembre de 2024]

⁵ Según el Diccionario de la Real Academia Española el verbo estereotipar significa “fijar mediante su repetición frecuente un gesto, una frase, una fórmula artística”. Vid. <https://dle.rae.es/trans-?m=form> [fuente consultada el día 29 de diciembre de 2024]

⁶ La primera asociación es de ámbito internacional mundial, multidisciplinar cuya misión es promocionar la atención médica, educación, investigación, políticas públicas basadas en la evidencia y respeto a la salud a las personas transgénero. Precisamente una de las principales funciones de la asociación es promocionar los más altos niveles de estándares en la atención médica de las personas Transgénero y de Género Diverso (*Transgender People and Gender Diversity People* o TGD). La segunda asociación mencionada es de ámbito europeo. En 2017 se celebra en Belgrado (Serbia) la segunda conferencia bianual de la asociación europea en la que se aprueban unas guías para aplicar en la elaboración de documentos para las conferencias de profesionales, teniendo en cuenta los principios de respeto, dignidad e igualdad para las personas transgénero y con diversidad de género (TGD).

Para Bouman y otros (2017) el lenguaje es muy importante y debe ser adecuado su uso en la práctica clínica para dismantelar estructuras patologizantes⁷. Por este motivo se considera necesario para evitar la discriminación en el lenguaje y en la comunicación elaborar guías para los encuentros de los profesionales de la salud. Estas guías tienen su origen en el trabajo del Dr. Sam Winter publicado en el año 2011 bajo el título “Reviewing Our Language Policy” (Bouman et al., 2017). En este sentido se elaboran dos guías para utilizar en los seminarios, conferencias que celebra la asociación profesional mundial para la salud transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés), por un lado, y la asociación europea profesional para la salud transgénero (EPATH, por sus siglas en inglés), por otro.

Distintas a estas guías de ayuda a los profesionales de cara a la aceptación de documentos en seminarios y Congresos diversos de la asociación son las guías o estándares de cuidados⁸ de elaboración desde 1979 -la última es de 2022 (Coleman et al., 2022)⁹- por la WPATH para ayudar a las personas TGD (Coleman et al., 2022) en los procesos de transición con el objetivo de garantizar un acceso seguro, eficaz y que pueda optimizar la salud física, psicológica, de bienestar personal y de autorrealización de estas personas. Las denominadas guías – *Standards Of Care* (SOC, por sus siglas en inglés)- están basadas en el criterio científico y experto de los profesionales que han consensuado unas recomendaciones desarrolladas sobre la base de los datos de la literatura científica en esta materia y evidencias científicas.

La asistencia a estas personas no debería limitarse a tratamientos hormonales o de cirugía, terapias de la voz y comunicación, atención médica primaria, salud sexual, reproductiva o mental, sino que debería ser completa y los sistemas de salud deberían proveer el cuidado médico necesario de afirmación de género para estas personas (Coleman et al., 2022).

Una de las cosas que busca el SOC-8 es promover la equidad y los derechos humanos en la protección del colectivo TGD, término entendido de la forma más amplia posible para incluir gente con variedades de identidad de género-que se refiere al sentimiento profundo, interno, intrínseco de la persona de su propio género- o expresiones de género -que se

⁷ Ambas asociaciones –la WPATH y la EPATH- periódicamente se reúnen en simposios y congresos científicos internacionales (cada una en su ámbito territorial respectivo) para desarrollar una conciencia de la cultura trans que permita o promueva una opción lingüística respetuosa, no patologizante basada en el marco de los derechos humanos. Igualmente, ambas asociaciones elaboran guías éticas con una política lingüística apropiada a utilizar por los profesionales en las conferencias y para presentar los trabajos en los simposios y en las revistas especializadas. Dichas guías contienen principios éticos de respeto a las personas transgénero, transexuales y de género variado (TGD) en todos los escenarios culturales, evitando el lenguaje estigmatizante (negativo) que se había venido utilizando. La EPATH aprueba esta guía en la Conferencia de 2017 mientras que la WPATH hace lo propio un año antes, en 2016.

⁸ Los estándares mencionados contienen recomendaciones para los profesionales que proveen atención médica a las personas TGD.

⁹ La última versión es la octava, publicada en 2022. La versión SOC-7 traducida al español se publicó en 2012.

refiere a cómo las personas actúan o expresan su género cada día en su vida diaria y dentro del contexto de su cultura y sociedad- diversa a las atribuidas socialmente a un sexo al nacer (Coleman et al., 2022).

1.2.2. Similitudes y diferencias.

Según la Real Academia Española de la lengua (RAE, en adelante) transgénero¹⁰ y transexual son términos distintos pero que identifican la misma realidad, porque la persona transgénero (transgénero como adjetivo¹¹), es aquella que se siente del otro sexo mientras que la persona transexual es tanto aquella que se ha sometido a una intervención quirúrgica para cambiar de sexo como también la que se siente del sexo contrario y “adopta sus atuendos y comportamientos”. Por tanto, el término transexual es más integrador porque incluye las dos acepciones¹².

Si tenemos en cuenta el glosario de términos que elabora y utiliza el *Observatori contra L'LGTTBI-FÒBIA* en su informe sobre el estado de la cuestión en Cataluña en 2023 la persona transexual se refiere a quien no se siente identificada con su sexo biológico, por el que siente un gran rechazo y se aplica una serie de tratamientos para adaptar su cuerpo a su identidad. Hay, por tanto, una diferencia con respecto al concepto transgénero que se identifica con la persona que siente discordancia con el sexo biológico establecido al nacer y con las expectativas sociales de género (Observatori, 2023).

Por tanto, podríamos decir que el término “transexual” lleva implícito la cirugía, el cambio de sexo, mientras que el término transgénero no necesariamente implica un cambio de sexo morfológico. O dicho de otro modo sería más adecuado usar el primero cuando hay un cambio de sexo, aunque tampoco sería incorrecto hablar de persona transgénero.

Según los expertos que realizan el glosario del SOC-8 transgénero es un término paraguas que se usa para describir a personas cuyas identidades de género o expresiones de género

¹⁰ Según la Real Academia de la Lengua Española el término transgénero deriva del término inglés “*transgender*” igual que la palabra cisgénero (“*cisgender*”). Véase: <https://dle.rae.es/transg%C3%A9nero?m=form> [fuente consultada el día 2 de noviembre de 2024]

¹¹ En el glosario de la guía de cuidados (SOC-8) se pone de manifiesto que la palabra transgénero debería usarse siempre como adjetivo nunca como nombre o sustantivo ni como verbo (Coleman et al., 2022, p. S252).

¹² En el Diccionario de la lengua española de la RAE el término transgénero tiene una sola acepción como adjetivo. No es considerado como un sustantivo, aunque puede ser utilizado como nombre. Es una palabra que se adapta del término inglés “*transgender*”. Y no tiene entrada ni de sinónimo ni de antónimo. En cambio, el término “transexual” tiene tres entradas, también como adjetivo, aunque se puede utilizar como sustantivo (u.t.c.s), a saber: 1) *Perteneciente o relativo al cambio de sexo*, 2) *Dicho de una persona: Que se siente del sexo contrario y adopta sus atuendos y comportamientos* y 3) *Dicho de una persona: Que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere caracteres sexuales del sexo opuesto*. Sin embargo, en el diccionario no está incluido el término “transgestante”. Véase: <https://dle.rae.es/transgestante?m=form>; <https://dle.rae.es/transg%C3%A9nero?m=form> y <https://dle.rae.es/transexual?m=form> [fuente consultada el día 29 de diciembre de 2024].

no son las típicamente esperadas para el sexo que se les asigna al nacer (Coleman et al., 2022).

Ciertamente son dos cosas diferentes “la identidad de género” y “la expresión de género”. La identidad de género se refiere al sentimiento profundo, interno, intrínseco de la persona de su propio género mientras que la expresión de género se refiere a cómo las personas actúan o expresan su género cada día en su vida diaria y dentro del contexto de su cultura y sociedad. Así pues, la expresión de género a través de la apariencia física puede incluir vestimenta, estilo de pelo, accesorios, cosméticos, intervenciones hormonales y quirúrgicas, comportamiento, maneras, forma de hablar, así como nombres. La expresión de género de la persona puede o no ser conforme a la identidad de género (Coleman et al., 2022).

Para Rubio Arribas¹³ la transexualidad no es el “tercer sexo” (el segundo sexo sería el femenino) sino que la persona se siente de un sexo u otro y *“pretende vivir el día a día con ese rol de género, bajo el conjunto de normas y prescripciones que dicta la Sociedad y la Cultura, teniendo un comportamiento masculino o femenino”*. Afecta a la identidad de género de la persona. Una persona es transexual porque su identidad de género no coincide con su anatomía corporal (Rubio, 2009, p. 1).

A veces el término no binario referido a las identidades de género fuera del género binario recoge a las personas transgénero. Conviene señalar que algunas personas no binarias se consideran ellas mismas como transgénero, pero otras no, porque consideran el término transgénero como parte del género binario¹⁴. Ejemplos de las identidades de género no binario son las personas de género diverso, género fluido, demigénero, bigénero, agénero, “genderqueer”¹⁵. Otro concepto distinto es el de género “expansivo” entendiendo como tal el género creativo, que describe a las personas que se identifican o expresan ellas mismas en una forma más amplia de comportamientos o creencias culturales o sociales asociadas a un sexo. Expansivo y creativo son adjetivos que se usan indistintamente y que han sustituido el término “variante de género” (o “*gender variant*”) que se usaba en el pasado, desaparecido del uso profesional por las connotaciones negativas asociadas al mismo (Coleman et al., 2022).

Por tanto, se puede afirmar que la persona transexual se identifica con un sexo que no es el que se le asigna al nacer y la persona transgénero también, al recoger como un paraguas a

¹³ Francisco Javier Rubio Arribas es sociólogo. Especialista en Sociología del Consumo e Investigador Social.

¹⁴ En el glosario de la guía SOC – 8 se identifica a la persona no binaria con las siglas NB (“enby”, por sus siglas en inglés). La gente con identidad de género no binario puede identificarse parcialmente en ocasiones como un hombre o a veces como mujer o no identificarse con ningún género. Algunos se identifican como trans y otros no. Además, suelen utilizar los pronombres “ellos” (*they/them/theirs*) en vez de “él” (*he/him/his*) o “ella” (*she/her/hers*) (Coleman et al., 2022, p. S252).

¹⁵ Se diferencia entre género fluido y género “Queer” o “*genderqueer*”. Este último se identifica con la letra Q de las siglas LGTBIQ)

todas aquellas personas con una identidad de género y/o expresión de género que no son las que típicamente se esperan del sexo natal (Coleman et al., 2022).

Parece como si el término transexual se limitara a la identidad de género mientras que el término transgénero pudiera afectar a la identidad de género o a la expresión de género o acumular las dos cosas (identidad de género y expresión de género). La línea de diferenciación es muy fina por lo que utilizaremos los dos términos indistintamente en el trabajo bajo la abreviatura “trans”.

1.3. Marco normativo de referencia de los derechos de salud sexual y reproductivos de las personas trans.

1.3.1. Marco general regulador de los derechos del colectivo LGTBI: la nueva Ley de Libertad Sexual 4/2023 y el recién aprobado Real Decreto 1026/2024 que la desarrolla.

La Ley 4/2023 de 28 de febrero *para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI* -que recientemente ha sido desarrollada por el Real Decreto 1026/2024, de 8 de octubre para dar cumplimiento al artículo 15¹⁶ sobre la implantación de planes y protocolos de actuación para prevenir la discriminación contra el colectivo LGTBI¹⁷-, más conocida como Ley Trans, configura el marco general de protección de los derechos de las personas Lesbianas, Gais, Trans (para referirse a las personas transexuales, tal y como se establece en el preámbulo de la ley), Bisexuales e Intersexuales. No incluye, pues, en su ámbito subjetivo a las personas de género fluido o *Queer*.

Ciertamente, en el apartado dedicado a las definiciones¹⁸ menciona a las personas homosexuales que pueden ser gais, si son hombres, o lesbianas, si son mujeres (artículo 3,

¹⁶ **“Artículo 15. Igualdad y no discriminación LGTBI en las empresas .1.** Las empresas de más de cincuenta personas trabajadoras deberán contar, en el plazo de doce meses a partir de la entrada en vigor de la presente ley, con un conjunto planificado de medidas y recursos para alcanzar la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI, que incluya un protocolo de actuación para la atención del acoso o la violencia contra las personas LGTBI. Para ello, las medidas serán pactadas a través de la negociación colectiva y acordadas con la representación legal de las personas trabajadoras. El contenido y alcance de esas medidas se desarrollarán reglamentariamente”. La Ley entra en vigor el día 2 de marzo de 2023, día siguiente de la publicación en el BOE (1 de marzo), por lo que el día 2 de marzo de 2024 entraba en vigor esta norma. No obstante, hasta el día 9 de octubre del presente año no se había publicado la citada norma reglamentaria.

¹⁷ Existe cierto paralelismo con la Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y no discriminación, publicada en el BOE de 13 de julio, en cuanto a la obligación de las empresas con más de 50 trabajadores en plantilla a negociar (empresario y representantes legales de los trabajadores) planes de igualdad. No obstante, uno de los problemas señalados por los agentes sociales que van a negociar estas cláusulas de los convenios colectivos para implantar la igualdad del colectivo LGTBI es que hay que hacer un diagnóstico de la situación en la empresa, es decir, hay que identificar a estas personas que son discriminadas y ello puede vulnerar derechos fundamentales como la dignidad o la intimidad. Desde su publicación en el BOE (el 9 de octubre de 2024) hay un plazo de 3 meses para la negociación de las cláusulas de los convenios. Si pasados los tres meses no se llega a un acuerdo se aplicarán las medidas previstas en la norma reglamentariamente directamente.

¹⁸ El artículo 3 se incluye en el Título Preliminar, que contiene las disposiciones generales.

letra h, relativa a la orientación sexual); a las personas bisexuales (artículo 3, letra h, para referirse a quienes sienten atracción física, sexual o afectiva hacia personas de diferentes sexos, no necesariamente al mismo tiempo, de la mínima manera, en el mismo grado ni con la misma intensidad); a las personas trans (artículo 3, letra k, para identificar aquella persona cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer) y a las personas intersexuales (artículo 3, letra g, para referirse a la condición de aquellas personas nacidas con unas características biológicas, anatómicas o fisiológicas que no se corresponden con las nociones socialmente establecidas de los cuerpos masculinos o femeninos).

Por tanto, desde el punto de vista de la ley, el concepto trans se refiere a la persona transexual. Igualmente, la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la versión anterior a la actual (CIE-10) se refería a las personas transexuales (OPS, 1995)¹⁹. No obstante, la undécima revisión de la citada clasificación internacional de enfermedades eliminó la transexualidad del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento, trasladándola al de «condiciones relativas a la salud sexual», lo que supone el aval a la despatologización de las personas trans, tal y como se contempla en la justificación del citado capítulo:

El capítulo se ha formulado para agrupar las condiciones relacionadas con la sexualidad. Esto también permite categorizar las condiciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatizarlas, al tiempo que se mantiene el reconocimiento de estas entidades como afecciones reales, de modo que las intervenciones sanitarias relacionadas puedan tener cabida dentro del sistema de salud (OMS, 2024, p. 342)²⁰.

Asimismo, en la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 4/2023 se refiere al término “transexual” para identificarla con el término trans – “*En lo relativo a las personas transexuales (en adelante, personas trans)*”-, si bien en la propia denominación de la ley desaparece el término transexual y se utiliza la palabra trans, al igual que hacía el Anteproyecto de la Ley en su día²¹.

¹⁹ Esta décima versión se aprueba en 1992. La versión en castellano consultada y referenciada es de la Organización Panamericana de Salud (OPS), publicada en 1995.

²⁰ La Clasificación Internacional de Enfermedades, en la revisión undécima, es adoptada por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019 y entra en vigor el 1 de enero de 2022. La obra citada y referenciada en el presente trabajo es la versión que elabora la OMS dos años después de su entrada en vigor, en mayo de 2024, que “presenta detalles de diagnóstico mejorados y herramientas digitales mejoradas para apoyar los sistemas de salud mundiales” según la OMS [[ICD-11 2022 release](#)]. El documento, guía de referencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades para las estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, de mayo de 2024 se puede consultar en: [ICD-11-Reference-Guide-2024-01-es.pdf](#) [fuente consultada el día 15 de marzo de 2025].

²¹ Efectivamente el Anteproyecto de la Ley no recogía el término transexual ni en el título del proyecto -que se refería a las personas trans- ni en el artículo dedicado a las definiciones, en el que

La Ley se estructura en cuatro Títulos (uno preliminar, en el que se acota el objeto, ámbito de aplicación y las definiciones, a las que nos hemos referido), a saber: el Título I, con cuarenta y dos artículos para diseñar y regular la actuación de los poderes públicos en este tema, abarcando ocho ámbitos de actuación -como son el administrativo, el laboral, el educativo, el rural, el cultural y deportivo, los medios de comunicación social e internet, el turismo y la acción exterior-; el Título II con las medidas de actuación concretas para la igualdad real y efectiva del colectivo -que incluyen la rectificación registral, la inclusión social, la integración sociolaboral y la salud o atención sanitaria, entre otras-; el Título III, que recoge la protección y reparación de las víctimas de la discriminación y violencia LGTBI fóbica, y, finalmente, como no podía ser de otra manera, el Título IV, dedicado a las infracciones y sanciones.

A efectos del presente trabajo, interesa destacar dos cuestiones de la citada Ley: por un lado, el concepto de discriminación y la consecuente protección de las personas víctimas de ella -que se abordará en el capítulo siguiente-, y, por otro lado, las medidas en el ámbito laboral y en el ámbito de la salud para promover la igualdad real y efectiva de las personas trans [arts. 54-59].

Conviene precisar ahora que entre las medidas relativas al ámbito laboral y de salud -que se enmarcan en el capítulo del conjunto de políticas públicas con un objetivo muy claro de promover la igualdad real y efectiva de las personas trans- el legislador no está incluyendo a todo el colectivo LGTBI, sino que se enfoca en la protección de las personas trans²².

Así pues, dentro de las primeras se incluyen estrategias para fomentar el empleo de este colectivo, como subvencionar la contratación de personas trans, incluir en los planes de igualdad a las personas trans -especialmente a las mujeres trans-, y desarrollar estrategias y campañas de sensibilización así como monitorizar la evolución de la situación laboral.

En el segundo ámbito, de la atención sanitaria -que se realizará conforme a los principios de no patologización, autonomía, decisión y consentimiento informados, no discriminación, asistencia integral, calidad, especialización, proximidad y no segregación²³- las Administraciones Públicas deben garantizar la formación suficiente, continuada y

se definía el concepto de persona trans. Véase 121/000113 *Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*, Publicado en el BOCG, Serie A, proyectos de Ley de 12 de septiembre de 2022, núm. 113-1.

²² *Capítulo II. Políticas públicas para promover la igualdad real y efectiva de las personas trans*. El título de la Ley también separa esos dos ámbitos, como hacía el Anteproyecto, en cuanto el ámbito de protección de las personas trans para lograr la igualdad real y efectiva y, por otro lado, las garantías para la protección de los derechos de las personas LGTBI.

²³ Estos nueve principios penden del derecho a la intimidad y confidencialidad, que el legislador quiere asegurar y garantizar en todo caso, de tal manera que se eviten las exploraciones innecesarias, las exposiciones de la persona sin un objetivo diagnóstico o terapéutico directamente relacionado y se preserve la intimidad y confidencialidad sobre las características físicas de la persona trans (art. 56).

actualizada del personal sanitario, así como elaborar protocolos y procedimientos de actuación en el ámbito de salud, aunque los servicios especializados son opcionales²⁴.

Una de las medidas que prevé la ley en el ámbito laboral ya ha sido objeto de desarrollo reglamentario recientemente, aunque no se ha implantado como estaba previsto en el período de un año desde la publicación de la ley. Concretamente, nos referimos al protocolo de actuación frente al acoso y la violencia contra las personas LGTBI y la negociación de medidas planificadas en el ámbito de la empresa, que tendrá carácter obligatorio siempre que la plantilla sea de más de cincuenta trabajadores²⁵.

1.3.2. Marco específico: la Ley reguladora de los derechos de salud sexual y de reproducción sexual: la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero.

Partiendo de que la Resolución del Parlamento Europeo de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea²⁶ reconoce la sexualidad como una parte integrante de la existencia humana se trata de ver si la protección del derecho a la salud reproductiva ligada a los derechos humanos es homogénea para las mujeres cisgénero y las personas trans.

Conviene mencionar que se quiere en este trabajo hacer referencia a las personas trans y no a las mujeres trans intencionadamente porque dentro de las personas trans están quienes transitan a otro género, de mujer a hombre (hombre trans), pero tienen capacidad para gestar y tener la menstruación, ya sea porque no se han sometido a cirugía de cambio de sexo, o porque han iniciado la etapa de procreación antes de cambiar de sexo. Es decir, entiendo que no sería correcto hacer la comparación entre la mujer cisgénero y la mujer trans, porque la persona que transita de hombre a mujer (mujer trans) no tiene capacidad para gestar, al carecer de aparato reproductor de acuerdo con los avances de la ciencia médica actual²⁷.

La definición de salud sexual y reproductiva del Parlamento -no solo como ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias²⁸- va referida a la salud de la mujer y se relaciona con

²⁴ Según el artículo 59 “se podrán” (el entrecomillado es mío) establecer tales servicios formados por equipos multidisciplinares para apoyar, acompañar en todo el proceso de transición y llevar a cabo labores de investigación.

²⁵ La normativa reglamentaria (Real Decreto de 8 de octubre de 2024, mencionado previamente en el texto) contempla las reglas para la cuantificación del número de personas trabajadoras en la empresa y la voluntariedad de las medidas planificadas en empresas de menos de cincuenta personas trabajadoras (art. 2 y 3, RD 1026/2024).

²⁶ Resolución del Parlamento de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de salud de las mujeres (2020/2215 (INI)) 2022/C81/04), publicada en el Diario Oficial C81/43, de 18.2.2022

²⁷ Esta aclaración se hace con ánimo de delimitar el objeto del presente estudio y siempre teniendo presente el estado actual de la ciencia médica.

²⁸ Para el Parlamento es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, entendiendo la sexualidad como una parte

otros derechos humanos como el derecho a la vida, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de discriminación²⁹.

La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero³⁰ -por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo³¹- parte del consenso internacional sobre la estrecha relación entre el derecho a la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos y la consideración de aquel como integrante del “*derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud física y mental*”.

El artículo 2 dedicado a las definiciones expresa el significado de la salud sexual y de la salud reproductiva a efectos de la ley, coincidiendo en este estado de bienestar en las tres esferas, física, mental y social -que supone no solo ausencia de enfermedad y dolencia-, y que implica un enfoque integral de las necesidades de la población. No obstante, hay un distinto tratamiento. Por un lado, en la salud sexual se añade que requiere “un entorno libre de coerción, discriminación y violencia”, que no se menciona expresamente en la definición de salud reproductiva.

Por otro lado, se recoge en las definiciones de violencia contra las mujeres aquellas manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo, a saber: la esterilización forzosa, la anticoncepción forzosa y el aborto forzoso, en coherencia con los principios rectores de actuación de respeto, protección y garantía de los derechos humanos. Por tanto, el legislador ha querido separar y dejar claros los conceptos configurando la noción de, por un lado, el derecho a la salud sexual, y, por otro, el derecho a la salud reproductiva³².

integrante de la existencia humana. Vid. Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión...cit., C81\47.

²⁹ El preámbulo de la citada ley orgánica reconoce la inspiración de las normas surgidas de la comunidad internacional como la Resolución mencionada y los convenios internacionales en el seno de las Naciones Unidas (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín de 1995, especialmente) que establecen un estándar de protección de los derechos sexuales y reproductivos que están estrechamente relacionados con los derechos humanos.

³⁰ BOE núm. 51, de 1 de marzo de 2023.

³¹ El legislador reconoce el avance que supuso esta ley de 2010 en su momento al modificar el enfoque de un aspecto importante de la salud sexual y reproductiva como es el aborto o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE, en lo sucesivo), al pasar de una ley de supuestos (tres supuestos por los que se despenalizaba el aborto: 1) violación, 2) malformación del feto y 3) riesgo para la salud física o psíquica de la madre) a una ley de plazos. Véase preámbulo de la Ley 5/2010 de 22 de junio, publicada en el BOE núm. 152, de 23 de junio de 2010, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

³² Por su parte la Resolución del Parlamento Europeo de 2021 citada, en el segundo Considerando, siguiendo las apreciaciones de la OMS sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos como un término genérico, delimita cuatro ámbitos distintos: 1) la salud sexual, 2) los derechos sexuales, 3) la sanidad de la reproducción y 4) los derechos reproductivos. Vid. C81/47 de la Resolución.

Por ello, de la regulación de esta Ley Orgánica³³ nos centraremos concretamente en la Disposición Final Tercera que modifica el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS, en adelante³⁴), en lo que se refiere a la protección de la prestación por incapacidad temporal, al introducir tres nuevas situaciones especiales de incapacidad temporal de la mujer: la menstruación secundaria incapacitante, la interrupción voluntaria o no del embarazo y la gestación a partir de la semana treinta y nueve de la mujer, que se abordarán con detalle en el Capítulo III.

En cualquier caso, las medidas que introduce la mencionada ley orgánica se deben aplicar sin discriminación por lo que respecta al género y a la identidad de género, o cualquier otra circunstancia personal o social entre otros motivos, por lo que se deben aplicar a las personas trans. Por si hubiera alguna duda, el legislador expresamente reconoce la aplicación de los derechos reproductivos a las personas trans con capacidad de gestar, incluyendo lo previsto en relación con la salud durante la menstruación³⁵.

Este principio rector de no discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se traduce en la adopción de medidas que los servicios públicos deben garantizar como el enfoque antidiscriminatorio e interseccional en todas sus prácticas o el acceso a la información sobre los derechos reproductivos, las prestaciones públicas, la cobertura sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio, los derechos laborales derivados de los derechos reproductivos, las prestaciones y servicios públicos vinculados al nacimiento y el cuidado de los hijos.

1.3.3. Marco jurídico laboral y de seguridad social. Determinación de los preceptos normativos relacionados con los derechos de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito laboral y de Seguridad Social sobre el que vamos a realizar el estudio, los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras se reconocen y protegen desde la óptica de la conciliación de vida laboral y familiar -permisos laborales con retribución y suspensiones del contrato de trabajo con la consecuente ausencia de remuneración y prestación de servicios, relacionados con el derecho a la salud sexual y

³³ El objeto de la ley se circunscribe a tres ámbitos muy concretos como son: 1) garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva; 2) establecer la regulación de las condiciones de la interrupción voluntaria y las obligaciones de los poderes públicos para mantener el mayor nivel posible de salud y educación sexual y reproductiva y 3) prevenir todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo (art. 1 Ley Orgánica 1/2023).

³⁴ Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto-Legislativo 1/2015, de 30 de octubre. BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015.

³⁵ Véase artículo 3, apartado 2, según el cual todos los derechos, no solo los reproductivos, son de aplicación a todas las personas que se encuentren en España con independencia de la nacionalidad, residencia (legal, o ilegal), edad (mayoría o minoría). En el mismo sentido, las obligaciones serán de aplicación también a todas las personas, físicas o jurídicas, que se encuentren en territorio español, con independencia de su nacionalidad, domicilio o residencia (art. 3.3 Ley Orgánica 1/2023).

reproductiva- y desde la perspectiva de la protección social, con el acceso a prestaciones públicas ante situaciones de necesidad -aumento de gastos y/o disminución de ingresos- producidas por contingencias protegidas expresamente por el legislador español como la maternidad, el nacimiento de un hijo o el embarazo, que será objeto de análisis con detenimiento en el capítulo III.

El marco jurídico laboral está constituido por el Estatuto de los Trabajadores -Texto Refundido (TRET, en lo que sigue), de aplicación a los trabajadores por cuenta ajena-, el Estatuto Básico del Empleado Público -de aplicación a todos los empleados públicos, ya sean funcionarios o personal laboral que prestan servicios para un empleador público- y las normas que regulan el trabajo de los trabajadores autónomos, incluyendo los llamados “TRADE” (Trabajadores Autónomos Dependientes Económicamente³⁶).

Los derechos de estas personas trabajadoras con independencia del sexo a la salud sexual y reproductiva en el marco de una prestación de servicios por cuenta de otro o de forma autónoma están relacionados con los derechos fundamentales inespecíficos, de salud, a la vida, a la intimidad³⁷ y, por ello, son considerados “derechos constitucionales laborales inespecíficos” (Rojo Torrecilla, 2020, 186). En definitiva, van a ser objeto de examen en los capítulos siguientes por su conexión con la protección en materia de salud reproductiva de las personas trabajadoras en el ordenamiento jurídico español y, en concreto, de las personas trans.

³⁶ Según la Ley que lo regula (Ley 20/2007, de 11 de julio) es aquel trabajador que realiza su actividad laboral para una persona física o jurídica de la cual obtiene el 75% de sus ingresos por rendimientos de trabajo y de actividades económicas y profesionales.

³⁷ Me refiero a que no son derechos fundamentales específicos del ámbito contractual laboral, por el hecho de ser trabajadores, como puede ser el derecho de huelga, sino que son derechos fundamentales atribuidos a cualquier persona, incluido el trabajador que no deja los derechos “en la puerta”, si se me permite la expresión, antes de entrar a trabajar, como son el derecho a la dignidad o a la vida.

CAPÍTULO II. EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS.

2.1. El derecho a la salud sexual y reproductiva.

2.1.1. Su protección en el marco de la Constitución Española como derecho fundamental y en normas de origen internacional como derecho humano.

El derecho a la salud como tal está recogido en nuestra Carta Magna dentro del capítulo tercero de principios rectores de la política social y económica que obliga a los poderes públicos a realizar una determinada acción política de protección y preservación³⁸. No está expresamente reconocido como un derecho fundamental (dentro de la sección dedicada a los derechos fundamentales)³⁹ aunque deriva un derecho fundamental como es el derecho a la vida.

Ciertamente, los derechos de salud sexual y reproductiva están relacionados con los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de discriminación, por cuanto son derechos fundamentales reconocidos como tales por el legislador constitucional español. Conviene recordar que los derechos fundamentales son los derechos humanos enunciados en la Constitución de un Estado, mientras que el término Derechos Humanos “denota principalmente pautas éticas” (Sánchez Urrutia, nd). Por tanto, podría decirse que todos los derechos fundamentales son derechos humanos, pero no todos los derechos humanos son derechos fundamentales, porque va a depender de que la Constitución del Estado los reconozca.

Así pues, en la sección 1ª encontramos el derecho a la igualdad y no discriminación (art. 14), el derecho a la vida (art. 15), el derecho a la intimidad (art. 18). Todos ellos derechos fundamentales que deben ser desarrollados por Ley Orgánica (art. 81 CE⁴⁰), por lo que requiere de consenso mayoritario de los representantes en las Cortes Generales (Congreso y Senado).

³⁸ Véase art. 43 de la Constitución Española (CE), párrafo 1: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.

³⁹ Los derechos fundamentales reconocidos en la Carta Magna están ubicados en el Capítulo II dedicado a los “Derechos y Libertades”, Sección 1ª Derechos fundamentales y Libertades Públicas” (arts. 15 a 29) - en la que no se incluye el derecho a la igualdad y a la no discriminación porque está recogido en el art. 14 pero que goza de las mismas garantías de los derechos fundamentales (DDFF, en adelante)-, con garantías propias de desarrollo por ley Orgánica, proceso de tutela específica en el ámbito jurisdiccional ordinario (proceso preferente y sumario, de tutela de DDFF) y recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional (jurisdicción no ordinaria).

⁴⁰ “1. Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución.”

De hecho, la ley que desarrolla la salud sexual y reproductiva y la interrupción del embarazo es una Ley que tiene rango de Orgánica -que modifica la anterior de 2010⁴¹, como se dijo-, sobre la que volveremos en el Capítulo III.

Sin embargo, en el ámbito internacional los textos que emanan de las Naciones Unidas reconocen el derecho a la salud sexual y reproductiva y lo relacionan con los derechos humanos. Así pues, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín en 1995 desarrollan este concepto. Por otro lado, los comités de la ONU que vigilan su cumplimiento y el Alto Comisionado de las NNUU para los Derechos le otorgan el mismo estándar de protección de los derechos humanos como el derecho a la vida, a la salud, intimidad (United Nations Women, nd). Igualmente, el comité de las NNUU para vigilar el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) conmina a los Estados a cumplir el convenio y garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva con recursos disponibles para hacerlos accesibles “física y económicamente”. El entrecomillado es mío para subrayar que la mujer debe tener acceso a los centros físicos, no pudiendo ser una limitación el carecer de recursos económicos.

En el ámbito del Consejo de Europa los textos aprobados como el convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950⁴² y la Carta Social Europea, hecha en Turín el 18 de octubre de 1961⁴³ no recogen específicamente el derecho a la salud sexual y reproductiva.

No obstante, en el primero sí está reconocido el derecho al respeto a la vida privada y familiar y la no injerencia de la autoridad pública en ese ámbito salvo que sea necesaria para proteger la salud o la moral (art. 8 del Convenio). También está relacionado con el derecho a la reproducción, junto a este artículo citado, el que enuncia el art. 12 sobre el derecho a fundar una familia. Ahora bien, este derecho humano es atribuible al hombre y a la mujer⁴⁴. La Carta Social Europea que tiene como objetivo garantizar el goce de los derechos sociales sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, proveniencia nacional u origen social, reconoce el derecho de “las trabajadoras, en caso de maternidad, y las demás trabajadoras, en los casos procedentes” a una protección especial en su trabajo (Parte I 8.). El texto internacional se refiere a la mujer en este punto, tal y como desarrolla

⁴¹ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción del embarazo. BOE de 1 de marzo de 2023.

⁴² España ratifica el Convenio y sus enmiendas contenidas en los Protocolos adicionales (números 3, de 6 de mayo de 1963 y 5, de 20 de enero de 1966) en 1979. BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979.

⁴³ Instrumento de ratificación por el estado español, publicado en el BOE núm. 153, de 26 de junio de 1980.

⁴⁴ Literalmente: “Artículo 12. A partir de la edad núbil, el hombre y la mujer tienen derecho a casarse y a fundar una familia según las leyes nacionales que rijan el ejercicio de este derecho”.

el art. 8 (Parte II), que insta a las partes contratantes a garantizar antes y después del parto, un descanso a las mujeres, de carácter retribuido⁴⁵.

Sin embargo, se reconoce el derecho de toda persona, con independencia del sexo, a beneficiarse de “cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”. No se está refiriendo a la salud sexual y reproductiva en concreto, sino al estado de salud de los individuos (Parte I 11.) y al compromiso de los Estados que firmen la Carta a adoptar medidas para eliminar las causas de una salud deficiente y establecer servicios educacionales y de consulta (Parte II. art. 11).

Por su parte, el Parlamento Europeo en la resolución de 24 de junio de 2021⁴⁶ sobre los derechos sexuales y reproductivos vincula estos derechos con la salud de las mujeres, ya que se enmarca en ese ámbito de salud de las mujeres⁴⁷.

Hay, por tanto, un reconocimiento en todos estos textos internacionales de los derechos de la mujer ligados a la no discriminación y al acceso a los servicios de salud que atiendan específicamente a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación, con arreglo al principio bioético de justicia y equidad, de acceso de todas las personas, que, como titulares de un derecho humano, deben poder acceder a los servicios que al Estado en cuestión le corresponde organizar y garantizar.

2.1.2. El contenido del derecho a la salud sexual y reproductiva.

La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero sobre salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), fija el ámbito de la salud sexual, separando como hace el título de la ley entre la IVE y los derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es alcanzar el mayor nivel posible de salud y promover la educación en la sexualidad y la reproducción de la población.

Para alcanzar esa educación sanitaria integral, con perspectiva de género (art. 5.1 f) se establecen medidas públicas para incidir en estos ámbitos, sanitario y educativo.

Para el legislador el término “salud” se entiende en un sentido amplio y, no estricto del término como ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado completo de

⁴⁵ El artículo 17 enuncia el derecho de las madres y los niños a una protección social y económica.

⁴⁶ Resolución sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215 (INI)), publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea el 18.2.2022, C 81/43

⁴⁷ El Parlamento tiene en cuenta en la resolución multitud de textos internacionales internos (directivas comunitarias, Reglamentos, Recomendaciones del Consejo y Resoluciones sobre cribado de cáncer, derechos de la mujer y la igualdad de género en la Unión Europea) y externos a la Unión Europea, como convenios internacionales (emanados de las Conferencias de El Cairo, Nairobi, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, todos ellos de NNUU), informes de la OMS, del Grupo de trabajo de las NNUU sobre las cuestiones de discriminación de la mujer en la legislación y en la práctica, documentos de debate del comisario para los DDHH del Consejo de Europa (sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Europa, de 2017), entre otros muchos (son casi 4 páginas -pp. 43-47- dedicadas a explicitar las bases, el fundamento de la Resolución).

bienestar físico, mental y social. Por tanto, tanto la salud sexual como la reproductiva se refiere a este estado de salud en aquellos aspectos relacionados con la sexualidad de las personas, en el primer caso (por lo que se incluye expresamente la salud durante la menstruación, art. 5 bis), o con la reproducción, en el segundo (art. 2).

Dentro de las medidas que se deben adoptar por los poderes públicos se incluye no solo el enfoque antidiscriminatorio e interseccional a fin de valorar las circunstancias relativas a la identidad de género (entre otras circunstancias como la edad) sino también la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. En el informe titulado *“Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España”* se alerta de las desigualdades en el acceso a la salud para grupos vulnerables como las personas trans, entre otros (Ministerio de Sanidad, 2025⁴⁸).

En el redactado de la ley se incorpora expresamente la palabra trans en el artículo 3, para recordar que todas las expresiones relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer se entienden realizadas a las personas trans que tienen capacidad para gestar. Con esta cláusula de salvaguarda se está extendiendo también a las personas trans todas estas medidas con las que se pretende alcanzar el mayor nivel posible de salud.

Por tanto, las personas trans recibirán el mismo tratamiento que las mujeres, a las que se les garantiza no solo esos derechos sino también la eliminación de las manifestaciones de violencia contra ellas en el ámbito reproductivo como son la esterilización forzosa, anticoncepción forzosa y aborto forzoso, definidas todas ellas en el art. 2 de la ley.

No en vano, entre los principios rectores de la ley se encuentra el de respetar las decisiones que afectan a la vida sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las personas como derechos humanos. Como principio rector de respeto a los derechos humanos el Estado reconoce los derechos de autonomía, libertad e intimidad, los derechos reproductivos a la maternidad libremente decidida y se obliga a garantizar (tiene el deber reconocido) que la IVE se realice respetando el bienestar físico y psicológico de las mujeres (art. 2). Ese bienestar físico y psicológico forma parte del concepto de salud.

2.2. Otros derechos fundamentales relacionados con el derecho a la salud sexual y reproductiva.

2.2.1. El derecho a la dignidad.

El derecho a la dignidad es considerado como *“uno de los más básicos del Derecho, por no decir el más básico”* (Atienza, 2022, p. 11). Es un derecho reconocido en multitud de textos internacionales importantes en materia de bioética como la Declaración Universal sobre

⁴⁸ “Se observa, por ejemplo, un preocupante aumento de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), además de persistir desigualdades en el acceso a la salud para grupos vulnerables como los hombres migrantes GBHSH, las personas trans y las que envejecen con VIH, que se enfrentan barreras legales, culturales y de acceso al sistema sanitario” (Ministerio de Sanidad, 2025)

Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (París, 2005), el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina del Consejo de Europa (Oviedo, 1997) y también en nuestro texto constitucional, como precursor de la sección de derechos fundamentales en el art. 10 CE. Recuerda Casado y Baroni que ambos textos “no están pensados única y exclusivamente para el colectivo de los pacientes, sino para todos los seres humanos, con independencia del grado de vinculación personal con la biología y la medicina” (Casado y López Baroni, nd, p. 58).

Efectivamente el artículo 10 no está dentro de la sección 1ª del Capítulo I dedicada a los derechos fundamentales (art. 14 a 29), pero reconoce la dignidad junto a los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad fundamento del orden político y de la paz social. Por tanto, hay una vinculación entre la dignidad y los derechos fundamentales en tanto se puede decir que la dignidad es la fuente de inspiración de estos. Hay quién considera la dignidad como el “eje” de los derechos fundamentales (Monereo, 2020, p. 1).

Desde un punto de vista del concepto, el significado del término dignidad, tantas veces utilizado en la Declaración Universal de la UNESCO de 2005 citada, y, en tantos otros textos internacionales sobre la bioética, presenta defensores y escépticos. Para algunos como Ruth Macklin o Steven Pinker (citados en García, 2009) la dignidad es un término vacío de significado o bien es un término que designa otros conceptos, “como el de respeto o autonomía o decoro, pero de manera más imprecisa y, por ello, peor” (García, 2009, p. 46)⁴⁹. Se trata de una corriente escéptica del concepto de dignidad, a la que debemos añadir tres corrientes más según Ashcroft (citado por García, 2009): la que se basa en la autonomía (“de raíz genéricamente kantiana, aunque no sólo”), la que se asocia con la funcionalidad o la interacción social y, la cuarta, aquella que considera la dignidad como una “propiedad metafísica típica de los humanos (la bioética de raíz cristiana y, en general, de raíz religiosa, aunque no sólo)” (García, 2009, pp. 47-48). García añade una quinta corriente que es la que interesa a la bioética actual, es decir, aquella que no renuncia al concepto, pero sí a la fundamentación de la dignidad (García, 2009).

La dignidad a la que se refiere la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos 2005 incluiría no solo la consideración de la dignidad como un valor de los seres humanos

⁴⁹ Para García ambos se equivocan en sus análisis de la dignidad, a saber: Macklin, al no preguntarse por qué debemos respeto a las personas ni aclarar de qué tipo de eslogan se trata cuando se refiere a la finalidad como “inútil” o “mero eslogan”; Pinker, por su parte, opta por un concepto de dignidad como decoro – al que atribuye dos características como sería la característica de la relatividad y de la fungibilidad- y un concepto o acepción diferente, del que predica una tercera característica como es ser dañina, menos relevante que la anterior de decoro (García, 2009).

por su capacidad para la autonomía sino también “un ideal de excelencia de lo humano al cual debe orientarse el ejercicio de esa capacidad” (García, 2009, p. 58). Como señala Castillo por tener naturaleza y dignidad humana, como titular, la deuda de los bienes humanos se formulan como bienes jurídicos vinculantes (Castillo, 2010). Recuerda Castillo, parafraseando a Kant, que la persona como fin y no como medio “está llamada a conseguir su plena realización como persona” (Castillo 2010, p. 93).

Del texto de la Declaración destacan dos artículos, el 10 y el 12, que podemos relacionar con la protección de los derechos de las personas⁵⁰ trans, a saber: el primero porque establece y reconoce la igualdad de todos los seres humanos en dignidad (todos tienen el mismo nivel de dignidad⁵¹) y el segundo porque la dignidad se erige como límite de la diversidad cultural y el pluralismo⁵².

2.2.2. El derecho a la no discriminación y no estigmatización.

Desde una óptica internacional, el derecho a la no discriminación y no estigmatización que se recoge en el art. 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, es especialmente importante en el ámbito de la protección de los derechos de las personas trans.

En nuestro ámbito interno, el Tribunal Constitucional (TC, en adelante, garante de la aplicación e interpretación de los derechos constitucionales fundamentales, como son el derecho a la igualdad y a la no discriminación) ha establecido una doctrina general -que podemos denominar doctrina “constitucional”- sobre los principios que deben aplicarse para valorar si ha habido por parte de un tercero (el empresario, por ejemplo) violación de un derecho fundamental.

Así pues, la doctrina constitucional del Alto Tribunal viene a exigir un triple juicio de necesidad, ponderación y proporcionalidad, esto es, que la medida que impacta en la esfera del derecho fundamental sea necesaria para alcanzar el objetivo, sea proporcional y no haya un desequilibrio entre los intereses de la persona que vulnera el derecho y la persona afectada.

Si llevamos este análisis al ámbito del presente trabajo sobre las personas trans debemos partir de la idea de identidad de género y la interpretación que ha realizado el TC en el mismo para amparar a la persona trabajadora que puede haber sufrido discriminación en

⁵⁰ Entendiendo, tal y como señala García, que los derechos son el vehículo jurídico de la autonomía (García, 2009, p. 61).

⁵¹ Esto permite a García señalar que esto permite considerar la extensión de la dignidad no solo a quienes disfrutan de la capacidad para la autonomía, sino también a quienes no la tienen, hecho que es considerado una incongruencia para el autor si hemos fundado la dignidad en la autonomía (García, 2009).

⁵² Para García esta cláusula limitativa del artículo parece estar pensando en el ideal sustantivo de excelencia humana, concepto que es “recomendable” seguir no solo por “sus virtudes intrínsecas sino porque se adapta mejor al texto a interpretar” (García, 2009, p. 62).

el ámbito laboral por su condición de persona trans. En la más reciente sentencia del TC (de 3 de junio de 2024⁵³, que recoge doctrina anterior⁵⁴) considera la identidad de género entre las circunstancias prohibidas en el art. 14 CE⁵⁵, aunque *“la condición de transexual, si bien no aparece expresamente mencionada en el art. 14 CE como uno de los concretos supuestos en que queda prohibido un trato discriminatorio, es indudablemente una circunstancia incluida en la cláusula”* (STC 81/2024, FJ 3)

La identidad de género es un aspecto fundamental, ya que constituye una construcción social y cultural que resulta esencial para el bienestar psicológico y social de todas las personas, incluidas las personas transexuales (Rubio, 2009⁵⁶).

La discriminación de las personas transexuales, desde el punto de vista de los sociólogos, deriva del hecho de que la sociedad tiene un concepto erróneo y considera la transexualidad como una anomalía o un trastorno de identidad de género y/o de salud mental, ya que “lo normal” (el entrecomillado es mío), según lo socialmente estipulado por algunos grupos, es entender que nacer hombre o mujer implica sentirse como tales. Rubio (2009) habla de trasgresión social de la transexualidad que supone romper esa idea de que es natural sentirse hombre si se nace hombre o sentirse mujer si se nace mujer.

Las prácticas de discriminación van ligadas a la idea de que la sociedad impone la interiorización de la heteronormatividad, por lo que cualquier forma de identidad sexual⁵⁷ diferente supone marginación, exclusión y rechazo (Rubio, 2009).

⁵³ Sentencia 81/2024, Recurso de amparo 3819-2020. BOE núm. 164, de 8 de julio de 2024, pp. 85398-85411.

⁵⁴ Entre otras, la Sentencia 67/2022, de 2 de junio -Recurso de amparo 6375-2019. BOE núm. 159, de 4 de julio de 2022, pp. 94505-94528- que, a diferencia de la mencionada de 2024, sí que entra en el debate del alcance de la tutela por razón de sexo y separa los dos conceptos, es decir: por un lado, la identidad género como *“circunstancias que tiene que ver con el libre desarrollo de la personalidad, íntimamente vinculada al respeto de la dignidad humana”*, y, por otro, la expresión de género, que incluye el uso de nombres y pronombres, como *“parte integrante del derecho a la propia imagen reconocido en el art., 18.1 CE”* (Rivas, 2024, p. 7).

⁵⁵ El artículo mencionado sobre el principio de igualdad y no discriminación por motivos o circunstancias determinadas no constituye una lista cerrada de comportamientos discriminatorios. Sí que es cierto que las que estas mencionadas (edad, sexo...) son comportamientos que históricamente han servido para situar *“a sectores de la población en posiciones, no solo desventajosas, sino contrarias a la dignidad de la persona que reconoce el art. 10.1 CE”* (STC 81/2024, FJ 3)

⁵⁶ Para el autor es importante que la persona transexual se reconozca como tal, porque una cosa es tener clara su identidad sexual y de género y otra muy distinta reconocerse como transexual. Lleva cierto tiempo asimilar este auto reconocimiento. Rubio Arribas insta a las personas transexuales a realizar ese trabajo interno de aceptación de su condición de transexuales y a desmitificar la idea errónea de que todos y todas son y se comportan de la misma manera. El autor considera que *“hay tantas formas de transexualidad como personas transexuales”*.

⁵⁷ El autor se refiere a la identidad sexual, en sentido literal, para referirse a la idea de identidad de género y a transexualidad para referirse al concepto de persona transgénero. De hecho, según el texto-guía *“las personas transexuales en busca del reconocimiento de su propia identidad de género”* editado por COGAM (asociación sin ánimo de lucro de la Comunidad de Madrid de defensa del colectivo LGTBI), fuente citada por Rubio Arribas- el Sexo biológico no solo es el sexo cromosómico - sino que es el sumatorio de todos los elementos sexuados del organismo: sexo cromosómico (XX hombre, XY mujer), sexo gonadal (testículos, ovarios), sexo hormonal (características sexuales

Hay quien defiende que solo con la interacción de los distintos marcos en juego para abordar la identidad de género, es decir, el marco terapéutico, legal, socio-cultural, personal y político es posible lograr cambios y dar cabida institucional a la fluidez de género (Soley, 2014). La llamada institucionalización de la fluidez del género desde el marco legal ayudaría a “promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado” (Soley, 2014, p. 37)⁵⁸.

La discriminación social puede identificarse con la transfobia como hecho social que aglutina diferentes factores socioculturales, como la ideología, la educación y la religión (Rubio, 2009). La discriminación social va ligada a la discriminación laboral ya que es mucho más difícil la inserción laboral y una vez se han incorporado al mundo laboral resulta aún más difícil mantener un empleo estable y de calidad. Se accede a trabajos precarios o simplemente no se accede al mercado reglado, sino que se realizan trabajos de la economía sumergida, prostitución o relacionados con el mundo del espectáculo (Rubio, 2009).

Ciertamente la concienciación y la normalización de la diversidad sexual –“*entendida como el abanico de opciones que tienen los humanos como seres sexuados*” (Betanzos y Martínez, 2023, p. 313)- en la sociedad facilitaría la convivencia con personas cisgénero en el empleo. Justamente el concepto que nos interesa en este trabajo es precisamente el rol de género que se identifica con la identidad de género, es decir, la asunción y manifestación de lo que se siente en base a unas normas sociales o rol⁵⁹. Martínez y Betanzos (2023, p. 313) señalan que la diversidad sexual “*sirve para cuestionar los roles y los prototipos que llevan existiendo históricamente*” y permite poder entender que hay muchos tipos de masculinidades y feminidades. Para las autoras, los escasos estudios realizados sobre el colectivo trans (en comparación con el colectivo de gays y lesbianas) ponen de manifiesto que el trato discriminatorio en el puesto de trabajo es habitual, el ocultamiento preventivo y la consiguiente alineación del individuo (el sujeto se oculta y se separa de su realidad cotidiana como un mecanismo de defensa), así como el fenómeno de la auto segregación de las

secundarias; hormonas masculinas y femeninas), sexo genital (aparato genital masculino y femenino), sexo anatómico (anatomía de los órganos), sexo morfológico (forma del cuerpo humano) y “sexo cerebral (diferenciación sexual en la estructura cerebral de hombres y mujeres)” (Rubio, 2009, p. 6).

⁵⁸ La autora aboga por proteger institucionalmente el concepto de fluidez de género frente a la categoría de “sexo” que, a su juicio, goza de una ficticia estabilidad, para dar espacio a la flexibilidad y la complejidad humana (Soley, 2014)

⁵⁹ Rubio Arribas, que sigue utilizando el concepto sexo, señala que un “*hombre transexual o transexual masculina es una persona que se siente, piensa y actúa como hombre, aunque naciera con genitales femeninos, Por consiguiente [sic] se le debe tratar en masculino como a los demás hombres. Y mujer transexual o transexual femenina es una persona que se siente, piensa y actúa como mujer [sic] aunque naciera con genitales masculino. Se le debe tratar en femenino como a las demás mujeres*” (Rubio, 2009, 9).

personas trans (ya que suelen emplearse en empleos *LGTB-friendly*⁶⁰), empleos que no sean de cara al público (trabajo en soledad), la doble discriminación de la mujer trans (al tener más dificultades de inserción en el mundo laboral por ser mujer y por ser trans) y las preferencias por el autoempleo y el emprendimiento en muchas ocasiones (Betanzos y Martínez, 2023).

El género y los roles de género se elaboran y se construyen por las sociedades a través de las prácticas, símbolos, espacios, normas, valores y atributos atribuidas al hombre y a la mujer, a partir de la diferencia mujer y hombre, hombre y mujer (Rubio Arribas, 2009).

Ciertamente los trastornos de identidad de género o disforia de género son el conflicto permanente entre psique y cuerpo⁶¹. Este malestar deriva o es consecuencia de la definición social del género en categorías concebidas como naturales (masculino-femenino), que no tiene en cuenta la complejidad de la relación entre género y anatomía y que provocan que el sujeto tenga tendencia a percibir ese malestar “como algo que surge de fuentes inmutables, inmanentes en la materia física, y, por lo tanto, como algo que sólo puede resolver la cirugía” (Soley, 2014, p. 37).

La disforia de género es una entidad incluida en el manual de trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5, por sus siglas en inglés) que denota esa incongruencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género acompañada de angustia y experiencias negativas (*distress*⁶²). El DSM-5 se refiere al “malestar” que puede acompañar, o no, a la citada incongruencia⁶³, ya que no todos los sujetos presentarán este malestar (APA, 2014).

Conviene señalar que los primeros manuales de trastornos mentales (DSMs) de la *American Psychiatric Association* (APA, en lo que sigue) hablaban de un trastorno, de una enfermedad, el identificarse con otro sexo, siendo la cura de la misma la terapia de conversión. Sin embargo, en el último (DSM-5) se acepta el derecho de autodeterminación y la

⁶⁰ “Personas, instituciones, políticas o lugares que generan un ambiente seguro y cercano para el colectivo LGBT, buscan satisfacer sus necesidades y están comprometidas con los derechos de la comunidad” (Betanzos y Martínez, 2023, p. 314).

⁶¹ Rubio considera que las personas transexuales tienen, padecen este trastorno que se traduce en la percepción de haber nacido con el cuerpo equivocado (Rubio, 2009).

⁶² Según el Diccionario Cambridge este término se traduce como “aflicción, angustia”: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles-espanol/distress>: “a feeling of extreme worry, sadness or pain”. La descripción en inglés hace referencia a una intensidad mayor o extrema de preocupación, tristeza o dolor.

⁶³ Esa marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna debe manifestarse durante seis meses como mínimo para que se pueda diagnosticar disforia de género. Al menos tiene que manifestar dos características señaladas en el DSM-5, como un fuerte deseo de ser del otro sexo, o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna, entre otros. Añaden los autores que “el malestar no se limita a un deseo de ser simplemente del otro sexo, sino que puede incluir el deseo de ser de un sexo alternativo, siempre y cuando difiera del sexo que se le ha asignado al sujeto” (APA, 2014, p. 453).

despatologización, porque la patología es la angustia que sufren estos sujetos por la citada incongruencia. Es decir, la patología no es ser trans sino el sufrimiento y angustia que configura una patología mental.

Ciertamente, no todas las personas trans experimentan disforia de género (Coleman et al., 2022). Ahora bien, los que presentan malestar como consecuencia de tal incongruencia son aquellos que no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas -feminizantes o virilizantes⁶⁴- y/o a la cirugía de reasignación sexual (APA, 2014).

Para algunos autores precisamente la denominada disforia de género por estos condicionantes de acceso a tratamientos que tienen como finalidad concluir el proceso de transición y concluir con la situación de angustia o *distress* tiene un carácter temporal (Soley, 2014)⁶⁵.

Justamente la disforia de género incluida en el DSM-5 como tal -o *trastorno de identidad de género*⁶⁶ de antaño- fue considerada por el sector médico desde una óptica ética humanista ya que el tratamiento facilitado por los facultativos médicos precisamente ha tenido por objeto aliviar el sufrimiento de los pacientes, que sienten a la desazón de no estar de acuerdo con la morfología física que presentan, contraria a su identidad (Soley, 2014).

Señala Soley que es un acierto este cambio de terminología y la inclusión en la versión actual del manual de la disforia de género ya que “*Al no descatalogar la disforia de género como condición psiquiátrica o médica, se salvaguarda su cobertura por los seguros médicos y el acceso al tratamiento*” (Soley, 2014, p. 35).

Por su parte, en el ámbito de la Ley 4/2023 también se identifican las discriminaciones de las que pueden ser objeto estas personas por pertenecer a este colectivo: discriminación

⁶⁴ Consiste en el tratamiento continuo de hormonas feminizantes en un sujeto que tiene asignado el género natal masculino y de hormonas virilizantes en un sujeto supuestamente mujer desde el nacimiento. El género natal se refiere a la asignación de género con el nacimiento, es decir, a la identificación inicial del individuo como varón o como mujer (APA, 2014).

⁶⁵ Soley habla del “*estatus inusual de condición mental tratado con hormonas del sexo contrario, cirugía de reasignación de género y transición social y legal hacia el sexo deseado*” (Soley, 2014, p. 35)

⁶⁶ “El término actual es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV, de *trastorno de identidad de género* y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad *per se*” (APA, 2014, p. 451). Es interesante la opinión del Dr. Pintor sobre la evolución de los diferentes Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico (DSMs): en su primera versión incluía 106 diagnósticos en 1954, 167 en la versión de 1980 (DSM-III) y 350 diagnósticos en la cuarta versión de 1995 (DSM-IV). Para el autor la APA “*está configurando diagnósticos psiquiátricos con criterios fácilmente operativos sobre muchas situaciones y emociones cotidianas*” por lo que de alguna manera está tratando con psicofármacos variaciones emocionales dentro de la normalidad y parafraseando a Ch. Lane se está plegando a los deseos e intereses de los lobbies farmacéuticos que intentan vender cuanto más mejor estas sustancias (Pintor, nd).

directa, indirecta, por asociación, múltiple interseccional⁶⁷ y por error⁶⁸. Todas ellas están prohibidas y son objeto del ámbito de la norma.

Ligado a la no discriminación encontramos el derecho a la no estigmatización⁶⁹. El primer término es un término más jurídico, en tanto el segundo podríamos situarlo en una esfera más social o cultural. El estigma de pertenecer a este colectivo provoca situaciones o comportamientos discriminatorios, de exclusión, prejuicios, violencia, hostigamiento, que, en todo caso, *“menoscaban la integridad y dignidad de las personas que son objeto de estos abusos, podrían debilitar su sentido de estima personal y de pertenencia a su comunidad y conducen a muchas a ocultar o suprimir su identidad y a vivir en el temor y la invisibilidad;”* tal y como queda reflejado en el Preámbulo de los Principios de Yogyakarta (Naciones Unidas y Amnistía Internacional, 2007, p. 8).

2.2. Principios bioéticos implicados en la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva.

2.2.1. Concepto de “colectivo vulnerable” ¿qué es ser vulnerable?

El concepto de vulnerabilidad y grupos vulnerables para Florencia Luna (2019) es un concepto normativo. La autora distingue entre la esfera ética-conceptual (análisis de los problemas conceptuales y normativos del concepto de vulnerabilidad en sí mismo) y la esfera ética-práctica que va ligada a la necesidad de proteger individuos particulares y mantener la relevancia y utilidad del concepto de vulnerabilidad en la evaluación de protocolos (Luna, 2019)⁷⁰.

El análisis conceptual o teórico es criticado por otros autores (Levine et al., 2004) porque argumentan el uso vacío o el efecto estereotipado del concepto. Ahora bien, la autora defiende la aproximación práctica del concepto. Para Luna son dos esferas de discusión que están relacionadas entre sí: si no podemos ofrecer una respuesta adecuada de la pregunta

⁶⁷ A los conceptos clásicos de discriminación directa e indirecta se unen el concepto de discriminación por asociación y discriminación múltiple que entroncan con la idea de vulnerabilidad y las capas de vulnerabilidad a las que se refiere Florencia Luna. La diferencia es que el concepto de discriminación por asociación y múltiple es un concepto jurídico. La discriminación por asociación o “refleja” como también se la conoce en la jurisprudencia (tanto del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Tribunal Europeo de Derechos Humanos y Tribunal Constitucional) es aquella en la que se incurre *“cuando una persona es tratada de forma menos favorable por su vinculación o asociación con otra que posee uno de los rasgos o características protegidas (o las causas de discriminación prohibidas), pese a no poseer dicha característica en quién alega el trato discriminatorio”* (STC 71/2020, de 29 de junio, FJ 4, en la que se trae a colación el Asunto Coleman, resuelto por el TJUE en Sentencia de 17-7-2008, C 303/06, en el que se reconoce el trato discriminatorio dado por el empleador a una trabajadora que tenía a su cargo un hijo discapacitado y se considera que se la está discriminando por la discapacidad del hijo).

⁶⁸ Artículo 3. Definiciones. Letras a, b, c, d, e.

⁶⁹ Según el Diccionario de la Real Academia de la lengua española (RAE) el verbo estigmatizar (verbo transitivo relativo al culto) significa *“Marcar (algo o a alguien) con un estigma o marca de deshonra”*. Sin embargo, no hay entrada del término “estigmatización”. <https://dle.rae.es/estigmatizar?m=form>.

⁷⁰ Se refiere a la misma distinción la terminología teórico-ética, utilizada para referirse a la primera (conceptual) y político-ética, para referirse a la segunda (práctica-ética).

conceptual teórica (¿qué es la vulnerabilidad? ¿Cómo debemos entenderla?) tampoco podemos defender la relevancia práctica.

Según la autora si el concepto es un término vacío y estereotipa a la población no puede ser aplicado en la práctica con éxito. Por eso están tan interrelacionadas las dos esferas.

La solución pasa por resolver la primera pregunta sobre qué se entiende por vulnerabilidad (cuál es el concepto teórico) y la autora argumenta una teoría válida y aceptada por los bioeticistas como es la metáfora de las capas. Así pues, bioeticistas como Levine y otros critican que el concepto teórico de vulnerabilidad desde el Informe Belmont – que tiene por objeto proteger a los seres humanos que participan en la investigación médica- tiende a etiquetar y a establecer estereotipos (o estereotipar⁷¹) de categorías enteras de personas, de grupos, del colectivo de personas (“subgrupos de población” concretamente tal es la terminología usada por la autora) y no distingue dentro de la categoría entre los individuos que conforman el grupo, en el que puede haber individuos que pueden tener características especiales a tener en cuenta y otros no (Luna, 2019). Este problema es tenido en cuenta por la autora que extrae dos consecuencias de la acción de estereotipar a grupos de personas: 1) por un lado, implica o significa colocar una etiqueta y un contenido que no es fácil de remover o quitar; 2) por otro lado, estereotipar o etiquetar personas puede dañarles. Este concepto de vulnerabilidad evita que se puedan identificar niveles de vulnerabilidad y se simplifica el concepto en estar dentro o estar fuera del grupo “vulnerable”. Esta concepción del término denota falta de flexibilidad (puesto que dentro del grupo de personas vulnerables unas pueden ser más vulnerables que otras) del mismo y por eso debería descartarse, ya que conlleva problemas conceptuales y normativos (Luna, 2019).

La metáfora de las capas se refiere a cómo funciona el concepto de vulnerabilidad. Una mujer puede ser o no vulnerable dependiendo de las capas que se solapan relacionadas con problemas de consentimiento informado, violaciones de derechos humanos, circunstancias sociales o características de la persona (ser pobre, analfabeta, inmigrante, etc.). Ergo, la vulnerabilidad es un concepto contextual (Luna, 2019). Depende del contexto y de las circunstancias, de tal manera que si removemos o cambiamos las circunstancias desaparece la vulnerabilidad. La misma mujer, con las mismas condiciones sociales, en un país que reconoce los derechos de reproducción sexual y en otro que no los reconoce va a sufrir la capa de vulnerabilidad en el segundo.

La idea es la de considerar las diferentes capas de las personas individualmente y no tener en cuenta una única característica del subgrupo o del grupo de población. La visión de la

⁷¹ Estereotipar según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su tercera acepción significa “fijar mediante su repetición frecuente un gesto, una frase, una fórmula artística, etc. Vid. <https://dle.rae.es/estereotipar>.

vulnerabilidad por capas permite considerar las diferencias o variaciones dentro del grupo y considerar los diferentes tipos de protección o salvaguardas (Luna, 2019).

Señala Luna (2019) que del análisis de la metáfora de las capas en la esfera conceptual no deriva necesariamente una exigencia de introducir una taxonomía, porque en su opinión, esto nos llevaría de nuevo a un modelo rígido⁷².

Rechaza las taxonomías en el análisis de las capas en la esfera práctica porque no permite vincular las capas con las obligaciones específicas⁷³, aunque propone otro modelo para identificar las capas y las obligaciones basado en dos pasos: en el primero identificaríamos la capas de vulnerabilidad relacionadas con problemas físicos, el consentimiento, la dependencia, la explotación o las situaciones socioeconómicas, lo que nos permitiría destacar las características más relevantes de las capas identificadas y, en el segundo, evaluaríamos esas características para realizar un ranking (Luna, 2019).

Señala Luna (2019) que hay dos características relevantes, a saber: una sería la condición que estimula la capa de vulnerabilidad (que una vez identificada podríamos evitar que se materializara esa condición para evitar el daño⁷⁴) y otra el efecto “cascada” de algunas capas, que tienen la característica de desencadenar consecuencias más dañinas al exacerbar vulnerabilidades o generar de nuevas⁷⁵.

Identificadas las capas y las condiciones, el segundo paso es analizar o evaluar los daños, perjuicios y los riesgos que encierran cada capa para poder establecer un ranking y priorizar los más peligrosos por encima de los menos nocivos (Luna, 2019). En esta evaluación debemos tener en cuenta los daños, perjuicios y los riesgos, valorando la probabilidad de que esa vulnerabilidad ocurra y produzca efectos, más o menos dañinos. Esto permitirá hacer una guía con la que podemos no solo evaluar las capas sino también establecer en

⁷² La autora considera que no es necesario realizar una clasificación o nombrar las diferentes capas como sugieren autores como Rogers, Mackenzie and Dodds. Este modelo de taxonomía, que tiene su origen en las ciencias de la biología, sería bien acogido y tendría éxito en los comités éticos de investigación porque permitiría seguir una guía o hacer una checklist a la hora de analizar las capas de vulnerabilidad (Luna, 2019).

⁷³ Luna señala que “*The problem lies in the difficulty of achieving clarity and orderly classification. [...] we do not need a taxonomy to classify vulnerabilities [...] they are unable to link their taxonomy to specific obligations*”, entendiéndolo que la propuesta de Meek, Rogers and Dodds no proporciona garantías de éxito, al introducir una ilusión de categorías claras y una falsa sensación de orden (Luna, 2019, 90).

⁷⁴ “[...] we should identify the stimulus conditions that trigger a particular layer of vulnerability. If we could do so (and we can eradicate, avoid or minimize said disposition), we will probably be able to avoid the harmful consequences of layers of vulnerability” (Luna, 2019, 91).

⁷⁵ Luna pone como ejemplo la falta de diagnóstico en un caso de enfermedades raras por la vulnerabilidad que implica la falta de conocimiento, de incertidumbre y angustia que genera al paciente y a sus padres, por ejemplo, que le impediría recibir el tratamiento adecuado, o la capa de vulnerabilidad llamada “relacional” de la gente mayor, que comporta falta de relación con los miembros de la familia, soledad, aislamiento, sentimiento de carga para las familias y que puede desencadenar efectos psicológicos, depresión, falta de apetito, morbilidad, enfermedades físicas (Luna, 2019).

función del potencial de cada una de ellas (más intenso si se trata de capas “cascada” o de efecto dominó) las obligaciones que se derivan de estas. Dichas obligaciones, de tres tipos⁷⁶, se traducirían en establecer estrategias para proteger al sujeto o al grupo, como protecciones, salvaguardas, medidas que generen autonomía o empoderen a aquellos individuos (Luna, 2019).

Cuando estamos hablando del colectivo trans debemos plantearnos qué capas de vulnerabilidad presentan estas personas. Al hablar del colectivo trans estamos colocando en el mismo grupo a personas que tienen unas mismas características o condiciones, pero a la vez tienen diferencias o peculiaridades. Como hemos indicado en el capítulo I dentro del término trans incluiremos aquellos sujetos que de forma transitoria o permanente se identifican con un género diferente a su “género natal” así como a la persona transexual, que se refiere a un sujeto que busca o ha experimentado la transición social (de hombre a mujer o de mujer a hombre) y que puede haber llevado, o no, a cabo la transición somática a través de cirugía de reasignación sexual⁷⁷.

Siguiendo el análisis de la metáfora de las capas que realiza Luna, y, considerando que dentro del grupo de personas que forman el colectivo LGTBI encontramos un subgrupo como es el de personas trans⁷⁸, podemos extrapolar a este ámbito la identificación de las capas de vulnerabilidad relacionadas con los problemas psíquicos o mentales (que están documentados por la ciencia médica, como hemos visto), pero también capas de vulnerabilidad relacionadas con las situaciones socioeconómicas⁷⁹, como sería las condiciones de acceso al mercado laboral, las dificultades de acceso al mismo o el

⁷⁶ Luna (2019) se refiere a no empeorar la situación de esas personas, erradicar las capas de vulnerabilidad si es posible y, en todo caso, si no es posible eliminar esa capa de vulnerabilidad, minimizar esa capa de vulnerabilidad.

⁷⁷ En la línea del DSM-5 (APA, 2014), en el que los autores (la American Psychiatric Association) acogen para describir la disforia de género y diagnosticar la misma teniendo en cuenta una serie de características diagnósticas y la indicación específica, junto al diagnóstico, de la existencia de “postransición”, entendida como aquella situación en la que “el individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer)” (APA, 2014, p. 453).

⁷⁸ Luna no es partidaria de hacer una taxonomía y utilizarla como una check-list en el ámbito de los RECs ni en la sanidad pública porque es un análisis muy simple. Debería haber una deliberación previa de carácter ético como herramienta más eficaz, ya que esta actitud puede conllevar riesgo de estigmatizar al grupo: “*I believe that RECs, as well as policy makers in the case of public health, should make a thorough ethical analysis. They cannot rely on a list of “supposedly” vulnerable populations because –as was shown– this attitude risks stigmatizing these groups.*” (Luna, 2019, p. 94).

⁷⁹ La autora se refiere al ámbito de los comités éticos de investigación (RECs, en inglés) a las capas de vulnerabilidad “*related with physical problems, consent, dependency, exploitation, socioeconomic situations*” (Luna, 2019, p. 90)

mantenimiento de las condiciones laborales, una vez se ha accedido al mercado laboral, en pie de igualdad y de no discriminación con respecto a las personas trabajadoras que no se incluyen en este subgrupo. De hecho, los estudios realizados sobre empleabilidad de las personas trans demuestran que este colectivo cuenta con dificultades el acceso y en el desempeño ajustado a sus intereses y trayectoria profesional (Betanzos y Martínez, 2023). Estas capas de vulnerabilidad están relacionadas con otras como falta de recursos, de acceso a la asistencia sanitaria si no hay un empleo formal remunerado, con el que se puede cotizar y contribuir al sistema de protección social y acceder a las prestaciones públicas derivadas del mismo.

Por ello se considera necesario que, desde el poder público, se realicen políticas de protección social que atiendan a las situaciones de vulnerabilidad de estas personas. En esta línea se enmarcan las recién aprobadas normas -Ley “Trans” de 2023 y Real Decreto de 2024, que la desarrolla-, especialmente en el ámbito laboral.

No en vano la ley de empleo vigente, en su artículo 50, reconoce como colectivo vulnerable a las personas trans⁸⁰ y, por ello, se obliga a los servicios públicos de empleo a ejecutar programas de empleo para mejorar la empleabilidad⁸¹ de estas personas con especiales dificultades para el acceso y el mantenimiento del empleo.

En este sentido, constituye un principio esencial (Principio 12) de los Principios de Yogyakarta (sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género) que los Estados adopten medidas para eliminar la discriminación en el empleo, público y privado, y promuevan programas apropiados de capacitación y sensibilización apropiados (Naciones Unidas y Amnistía Internacional, 2007).

Asimismo, la vulnerabilidad en el ámbito de la seguridad y salud laboral de estas personas trabajadoras trans es especialmente importante por lo que lo analizaremos en un epígrafe posterior (vid., infra 2.3.).

⁸⁰ art. 50.1 [...] “Se considerarán colectivos vulnerables de atención prioritaria, a los efectos de esta ley, a las personas jóvenes especialmente con baja cualificación, personas en desempleo de larga duración, personas con discapacidad, personas con capacidad intelectual límite, personas con trastornos del espectro autista, personas LGTBI, en particular trans, [...]”. Ley 3/2023, de 28 de febrero. BOE núm. 51, de 1 de marzo de 2023.

⁸¹ Entendiendo como tal “el conjunto de competencias y cualificaciones transferibles que refuerzan la capacidad de las personas para aprovechar las oportunidades de educación y formación que se les presenten con miras a encontrar y conservar un trabajo decente, progresar profesionalmente y adaptarse a la evolución de la tecnología y de las condiciones del mercado de trabajo” (art. 34, Ley de Empleo, 2023).

2.2.2. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad.

El principio de autonomía en el ámbito bioético tiene que ver con la libertad de decisión del individuo en el acceso a los tratamientos médicos, a decidir la intensidad de los tratamientos así como a la interrupción de los mismos. En el caso de las personas trans en el ámbito del derecho a la salud sexual y reproductiva supone que pueden decidir acceder a los tratamientos médicos de reasignación sexual. Las cuestiones que nos podemos plantear en este campo son ¿si todos tienen acceso a estos tratamientos? ¿Qué condiciones o requisitos se exigen para acceder a ellos? ¿Es necesario un diagnóstico de disforia de género?

Según la guía SOC-8 muchas veces es la propia persona que tiene que enseñar a los que les provee o asiste médicamente cómo cuidar de ellos debido al insuficiente conocimiento y formación (Coleman et al., 2022).

Es más, la persona trans sufre o experimenta, a nivel mundial, transfobia⁸², estigmatización, ignorancia y rechazo del tratamiento o atención cuando acude a los servicios médicos (Coleman et al., 2022). Según el Ministerio de Sanidad, que presenta el estudio *Transaludes*⁸³, estas personas pueden sufrir discriminación en las prácticas y políticas en un nivel estructural o en una forma específica o concreta (Ministerio de Sanidad, 2024). Según los resultados de la encuesta *Transaludes* (en la que participaron un 35% de hombres trans, un 23% de mujeres trans y un 42% de personas no binarias, con una edad media de 26 años⁸⁴) un gran porcentaje de las personas (dos tercios) que querían iniciar un proceso médico de transición acabó realizándolo en la sanidad privada (Ministerio de Sanidad, 2024). Asimismo, uno de cada diez participantes señala que el personal sanitario que les atendió consideraba que ser una persona trans o no binaria es una enfermedad y cuatro de cada diez participantes alude a que los profesionales de salud no sabían cómo atenderles (Ministerio de Sanidad, 2024).

⁸² También se usa el término (“*anti-transgender bias*”) sesgo anti transgénero en vez de transfobia para referirse a aquellas actitudes negativas, creencias y actos relativos a las personas transgénero y personas con diversidad de género, según SOC-8 (Coleman et al., 2022, p. 253).

⁸³ Es el primer estudio de salud a nivel nacional que pretende conocer el estado de salud de las personas trans y/o no binarias y que está llevando a cabo un equipo de investigadores del Instituto público de Salud Carlos III de Madrid. A través de encuestas online de ámbito estatal y anónimas se está recogiendo desde octubre de 2023 “información sobre salud física, mental y sexual, discriminaciones y violencias, usos de servicios sanitarios y consumo de distintos tipos de sustancias en personas trans y/o no binarias” (Instituto de Salud Carlos III, 2025). El estudio *Transaludes* está financiado por el Ministerio de Sanidad con fondos de la UE y del Ministerio de Ciencia e Innovación y ha sido aprobado por el comité de ética del Instituto de Salud Carlos III ([Transaludes](#), p. 2).

⁸⁴ Según el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, el hecho de la baja participación de personas mayores de 50 años y la metodología empleada (encuesta online) hace pensar en que se ha excluido particularmente a personas afectadas por la brecha digital o en situaciones de mayor exclusión social (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2024).

Según los expertos que elaboran las guías de estándares de cuidado (SOC-8) estas actitudes pueden ser internalizadas cuando la persona TGD acepta y refleja estos prejuicios sobre sí misma y sobre las otras personas TGD o puede que en algunos casos, esta transfobia provenga del desconocimiento o la ignorancia no intencionada (es decir, que no sea una hostilidad directa) provocando igualmente efectos negativos (Coleman et al., 2022).

Precisamente la despatologización y el tratamiento de acuerdo con los principios de la bioética de beneficencia y no maleficencia, de no causar daño mueve a esta asociación de profesionales de la medicina americanos y europeos a redactar los estándares de protección y cuidado (SOC-8) (Coleman et al., 2022). El principio de no maleficencia en este ámbito hace referencia a que los tratamientos que reciban estos sujetos tengan una base científica (a no ser “conejiillo de indias”, si se me permite la expresión).

Se puede hablar de discriminación interseccional (SOC-8), o distintas formas de discriminación, marginación social y delitos de odio hacia el colectivo o grupo TGD, lo que puede llevar a un “estrés de minorías”⁸⁵ -estrés adicional que los miembros del grupo o colectivo experimentan como resultado de la discriminación o el estigma- o “*minority stress*” (Coleman et al., 2022). Este estrés está asociado, según los expertos, con “disparidades” en la salud mental que se traduce en un incremento de la ratio de depresión, tendencias suicidas y auto lesiones no suicidas con respecto a las personas cisgénero. El estudio *Transaludes* también revela los problemas de salud mental, depresión, ansiedad, así como los intentos de autolisis de las personas trans (Ministerio de Sanidad, 2024).

El principio de justicia y equidad también se debería aplicar para asegurar que se acceden a los recursos sanitarios necesarios por parte del sujeto trans. Uno de los problemas o dificultades de la persona trans que refleja la encuesta *Transaludes* es precisamente los motivos económicos para cubrir las necesidades de atención en salud mental de las personas trans y, por otro lado, la no asistencia a las consultas de ginecología por parte de un alto número de hombres trans y/o personas no binarias asignadas mujer al nacer (Ministerio de Sanidad, 2024).

⁸⁵ “*the physiological and psychological effects associated with the adverse social conditions experienced by ethnic, racial, sexual, and gender minorities, and others who are members of stigmatized social groups. Common sources of minority stress include experiencing prejudice, discrimination, harassment, or verbal or physical violence; expecting or experiencing rejection by others; concealing one’s minority identity; and internalizing negative societal attitudes about one’s social group that results in a negative self-view. The concept frequently is invoked by researchers to explain the increased rates of depression, suicide, anxiety, substance use disorder, workplace problems, body image problems, eating disorders, high blood pressure, cardiovascular disease, and other mental and physical conditions among members of minority or marginalized groups*”. (APA, 2023).

2.3. La conexión con el derecho a la salud laboral.

2.3.1. La seguridad y salud laboral de las personas vulnerables. Análisis de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En el ordenamiento jurídico laboral está presente desde sus orígenes el carácter tuitivo y protector del sujeto más débil de la relación laboral, esto es, la persona trabajadora. No es casualidad que las primeras normas sociales protegieran en aquel contexto de la revolución industrial a los colectivos entonces más vulnerables como eran -y, me atrevo a decir, siguen siendo- las mujeres y los menores.

Ciertamente las primeras normas tenían por objeto proteger a esas personas del impacto en la salud de largas jornadas de trabajo.

La normativa actual de protección de riesgos, vigente desde el año 1995 (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995 de 8 de noviembre⁸⁶, LPRL, en lo sucesivo) dedica tres preceptos de su articulado para proteger a los menores de edad (art. 27), las trabajadoras gestantes o en períodos de lactancia (art. 26) y los trabajadores especialmente sensibles (art. 25).

La protección de la salud laboral de estos colectivos se justifica porque son vulnerables a los riesgos. En el primer caso, respecto a los menores de edad el legislador obliga a realizar evaluaciones específicas teniendo en cuenta las características de las personas jóvenes que son más proclives a sufrir accidentes en el trabajo porque infravaloran el riesgo laboral.

En el caso de las mujeres embarazadas o en período de lactancia como veremos en el capítulo siguiente la protección de la salud de la madre y del feto, en el primer caso, como de la madre y el hijo ya nacido, en el segundo.

En la protección de los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos laborales se incluyen todas aquellas personas trabajadoras que, por discapacidad, características especiales son sensibles y vulnerables, según el art. 25 de la LPRL. Dentro de este grupo no hay un sujeto concreto o grupo determinado objeto de protección sino personas que pueden tener una patología (como algún tipo de sordera, a lo mejor no incapacitante, o epilepsia, por ejemplo) o una característica personal (como vértigos, que les hacen vulnerables a determinados riesgos como trabajar en alturas) o estar expuestas a ambientes de trabajo ruidosos o en los que sea necesario tener una buena audición para desempeñar correctamente la actividad laboral sin riesgo de sufrir daños en la salud. En este ámbito, la normativa protectora de las enfermedades profesionales (norma reglamentaria de 2006) regula específicamente las medidas preventivas necesarias para proteger al trabajador y

⁸⁶ Publicada en el BOE el 10 de noviembre, recientemente modificada para incorporar la protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras en el hogar familiar (Real Decreto Ley 16/2022, de 6 de septiembre, de mejora de las condiciones de Trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al Servicio del hogar).

evitar la progresión, en muchos casos, de la enfermedad causada por los agentes o sustancias nocivas en el lugar de trabajo en las actividades profesionales listadas en la norma (cuadro de enfermedades profesionales, sustancias y actividades de 2006)⁸⁷.

La persona trans como trans gestante tiene la misma consideración y protección que la mujer trabajadora, como veremos en el capítulo siguiente, en el acceso a las prestaciones por nacimiento y cuidado del menor, embarazo y período de lactancia.

Ahora bien, si se trata de una persona trans trabajadora, la protección que recibe por parte del ordenamiento jurídico en materia de seguridad y salud (por aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales), como derecho reconocido en la ley dentro de la relación laboral (por vía del Estatuto de los Trabajadores) será la misma que la de cualquier persona que sea menor de edad, que esté embarazada o en período de lactancia, o haya dado a luz a un hijo/a –situaciones relacionadas con la mujer trabajadora-, o tenga características especiales que le hacen especialmente vulnerable, “sensible” (según la terminología empleada en la LPRL), a determinados riesgos laborales, sea o no trans.

Quiero decir que el legislador no tiene en cuenta la condición o característica de persona trans de forma explícita en la normativa de protección de la seguridad y salud, ya que es una normativa anterior, pero se puede incluir en este precepto.

Concretamente, el art. 25⁸⁸ se refiere a personas que puedan tener una característica, condición, discapacidad o no, que deben ser evaluadas y tenidas en cuenta por el empleador antes de asignarles un puesto de trabajo para evitar que puedan sufrir daños en su salud. Existe en nuestro ordenamiento jurídico laboral un deber general de prevención que se convierte en casi ilimitado, aspecto criticado por la doctrina (De la Villa, 2006⁸⁹), por las responsabilidades que se anudan al incumplimiento del citado deber.

⁸⁷ Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006.

⁸⁸ “Artículo 25. Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

1. El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.”

⁸⁹ Sin embargo, señala el autor que ello no justificaría poder dar al empresario facultades para someter al trabajador a pruebas genéticas con la finalidad de detectar la predisposición a los riesgos profesionales, que le permitieran dar cumplimiento a ese deber general de prevención reconocido en la Ley (De la Villa, 2006, p. 58).

El empleador tiene dos obligaciones de hacer y de no hacer derivadas de la ley, a saber: por un lado, debe evaluar los riesgos del puesto de trabajo que va a ocupar la persona trabajadora teniendo en cuenta las características personales del sujeto, es decir, hacer una evaluación con carácter objetivo (riesgos objetivos del puesto de trabajo) y subjetivo (teniendo en cuenta al sujeto que va a desarrollar la actividad laboral y va a estar expuesto a estos riesgos) y, por otro lado, una obligación de no dar ocupación a la persona trabajadora cuando puede estar en peligro, o poner en peligro a terceros dada su condición o estado transitorio.

La evaluación de riesgos se debe hacer teniendo en cuenta la categoría o tipo de riesgo, grave, leve, moderado, teniendo en cuenta la probabilidad de que ocurra, de que se materialice en la práctica, y la severidad del mismo según puedan generar daños graves, menos graves o leves en la salud de la persona, una vez se ha materializado.

Además, hay una disposición que nos afecta de pleno en el ámbito de los derechos reproductivos de las personas ya que está relacionada con la necesidad de evitar daños en las funciones de procreación, fertilidad o descendencia de las personas derivados de la exposición a determinadas sustancias químicas⁹⁰.

2.3.2. Medidas en el ámbito de la prevención de riesgos.

Conforme a la legislación reguladora de la seguridad y salud de las personas trabajadoras (LPRL), las medidas de prevención deben ir referidas a los riesgos asociados al puesto de trabajo, específicos o inherentes al mismo. Con carácter general las medidas a adoptar son obligaciones para el empresario para realizar una evaluación correcta de los puestos de trabajo, dotar a los trabajadores de equipos de protección, realizar una vigilancia periódica de la salud de las personas trabajadoras y adaptar el puesto de trabajo a la persona y no al revés. Se trata, a su vez, de principios de la acción preventiva que debe llevar a cabo el empleador (art. 15 LPRL).

En este ámbito concreto de las personas trans y como medida específica debemos hablar de la separación del puesto de trabajo cuando la persona trans esté embarazada o sea una persona trans gestante. La normativa obliga a adoptar medidas que puede suponer hacer pausas en el trabajo, realizar el trabajo sentada, o evitar el trabajo nocturno que hagan compatible su estado de salud con el trabajo (art. 26 LPRL). En caso de que no sea posible, se separa a la persona del puesto de trabajo se suspende el contrato y se accede a una prestación pública de seguridad social, como veremos en el capítulo siguiente.

⁹⁰ Art. 25. “[...] 2. Igualmente, el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias”.

Como persona trabajadora especialmente sensible -por sus características personales, condiciones, discapacidad- que debe ser protegida por su vulnerabilidad, el legislador obliga al empresario a adoptar medidas de adaptación del puesto que van a depender de la persona en cuestión, del sujeto que presenta esa vulnerabilidad o fragilidad y del puesto de trabajo concreto que desempeña. Hay que tener en cuenta que la ley protege a los colectivos vulnerables, pero no se trata de un listado cerrado de situaciones o de casos, sino que depende de una óptica subjetiva, del sujeto, persona trabajadora que presenta una condición -puede ser la edad también, aunque no se menciona expresamente- que le hace vulnerable a esos riesgos inherentes al puesto de trabajo. Esa condición le hace vulnerable y no está reducida la vulnerabilidad a la discapacidad porque puede tener o no una discapacidad reconocida. En caso de tenerla la normativa protege a todas las personas con discapacidad, con independencia de la edad, en aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Casado, 2016).

En cualquier caso, en este ámbito de la prevención de daños para la salud -coincidiendo con Casado (2016)⁹¹- no existen categorías de personas vulnerables, entendidas como compartimentos estancos sino capas de vulnerabilidad que se pueden superponer y acumular por las distintas circunstancias. Quiero decir con esto que la persona trabajadora -sea o no trans, con una capa o dos, o más de vulnerabilidad, porque sea una persona con discapacidad, porque tenga una condición o característica personal, por la edad, sea joven, menor de 18 años, o con edad avanzada- debe ser protegida para evitar el daño en su salud, física y, especialmente en su salud psíquica.

Por tanto, en la evaluación de riesgos de las personas trans se tendrán en cuenta no solo los riesgos físicos del puesto de trabajo (exposición al ruido, a radiaciones ionizantes, a agentes químicos, biológicos, etc.) sino también y, particularmente, la exposición a riesgos psicosociales, atribuibles a las personas trans, que, por su condición, pueden presentar problemas de salud, especialmente por la estigmatización, el rechazo, la discriminación que sufren en el puesto de trabajo, como hemos señalado con anterioridad.

Concretamente el acoso en el trabajo o *mobbing* es uno de los riesgos psicosociales que pueden sufrir las personas trans y que deben ser evitados por los daños para la salud que pueden derivar de las acciones de hostigamiento. Ya desde la LPRL se contemplan estas obligaciones de evitar daños y recientemente el Real Decreto de 2024 – 1026/2024, de 8 de

⁹¹ Parafraseando a Luna (2019) señala la autora que “si se entiende la vulnerabilidad como un cúmulo de circunstancias que actúan como “capas” superpuestas y no como categorías cerradas, es más fácil analizar las causas y, de esta manera, disminuir sus efectos negativos en las personas y los colectivos afectados” (Casado, 2016, p. 31).

octubre⁹²- que desarrolla la Ley 4/2023⁹³ conocida como “Ley Trans” de 2023 establece la necesidad de que las empresas con 50 o más trabajadores cuenten con protocolos de actuación, negociados con los representantes de los trabajadores, de prevención del acoso de las personas LGTBI, así como las medidas y el procedimiento de aplicación en los casos de acoso. Así pues, las empresas deben planificar un conjunto de medidas para actuar frente al acoso y las personas LGTBI, siempre que cuenten con 50 trabajadores⁹⁴. Entre estas medidas se encuentran la formación, sensibilización y lenguaje de toda la plantilla incluyendo mandos intermedios puestos directivos, personas con responsabilidad en la dirección de personal en el conocimiento y difusión del protocolo para la prevención, detección y actuación frente al acoso discriminatorio (por motivo tasado en la CE y en la ley) o violencia por razón de orientación e identidad sexual, expresión de género y características sexuales (Anexo I) así como la estructura y contenido de un protocolo de actuación frente al acoso y la violencia contra las personas LGTBI (Anexo II).

2.4. Ausencias retribuidas (permisos laborales) relacionadas con la salud de las personas trans.

Las personas trabajadoras por cuenta ajena tienen reconocido en el Estatuto de los Trabajadores (TRET) el derecho a ausentarse sin pérdida de remuneración en determinadas situaciones temporales, en las que la interrupción no requiere de la suspensión de contrato, para visitar a un pariente en el hospital, o para realizar una mudanza, o por matrimonio (art. 37 TRET). Estos permisos laborales, o licencias, pueden ser mejorados o ampliados por la negociación colectiva. Merecidamente el RD de 2024 citado se refiere a esta virtualidad de las normas autónomas (convenios colectivos o acuerdos entre sujetos colectivos) de garantizar y ampliar estos permisos y beneficios sociales. La negociación colectiva (punto sexto del Anexo I) debe garantizar que las personas puedan acceder sin discriminación por razón de orientación e identidad sexual y expresión de género a estos permisos, teniendo en cuenta la realidad de las familias diversas. Especialmente las personas trans deben poder acceder a permisos (porque así lo contemple el convenio colectivo) para la asistencia a consultas médicas o para realizar trámites legales. Es importante destacar que no lo hace la Ley, es decir, no están previstos en el Estatuto de los Trabajadores y, por tanto, solo serán de obligado cumplimiento si se hubiera negociado en un acuerdo o convenio colectivo.

⁹² Por el que se desarrolla el conjunto planificado de las medidas para la igualdad y no discriminación de las personas LGTBI en las empresas. Publicado en el BOE de 9 de octubre, núm. 244.

⁹³ Ley 4/2023, de 28 de febrero de igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Publicada en el BOE de 1 de marzo, de 2023, núm. 51.

⁹⁴ En las empresas de menos de 50 trabajadores la negociación de estas medidas planificadas es voluntaria (art. 2.2 RD 1026/2024).

CAPÍTULO III. LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

3.1. Contextualización de los derechos: estructura del sistema de la Seguridad social. Contingencias protegidas.

El marco de protección de los derechos de seguridad social está configurado por el legislador ordinario en desarrollo del precepto constitucional (artículo 41), que insta a los poderes públicos a garantizar un modelo público de seguridad social. El citado precepto se halla entre los principios rectores de la política social y económica (Capítulo III) que se configura como un mandato a los poderes públicos para realizar una determinada política de acción legislativa que garantice el acceso de los ciudadanos a prestaciones públicas suficientes para cubrir las situaciones de necesidad. Estas situaciones de necesidad que generan las contingencias protegidas (como el desempleo, la jubilación, la incapacidad o el nacimiento de un hijo) son cubiertas por el sistema público de protección social dentro del nivel contributivo, al que tendrán acceso todos aquellos (empresarios y personas trabajadoras) que contribuyen al sistema de protección con sus cotizaciones, o bien, del nivel no contributivo o asistencial, al que accederán aquellos ciudadanos residentes en territorio español que acrediten una insuficiencia de recursos.

Dentro de estas prestaciones del nivel contributivo se encuentran aquellas prestaciones que van a ser objeto de análisis en este capítulo relacionadas con los derechos de salud sexual y de reproducción de las personas trabajadoras, incluidas dentro de la acción protectora pública del sistema de seguridad social español⁹⁵.

3.2. El acceso a las prestaciones de Seguridad Social de las personas trabajadoras trans. El derecho a la no discriminación.

Debemos tener en cuenta que en este ámbito de la seguridad social nos podemos encontrar con situaciones en las que no directamente pero sí de forma indirecta la protección -el alcance, contenido o el acceso mismo a la prestación pública de seguridad Social- puede ser

⁹⁵ En el artículo 41 de la Constitución Española se diseña el modelo de protección público de seguridad social basado en la protección de las situaciones de necesidad generadas por determinadas contingencias que el legislador ordinario ha querido proteger (vendría a ser como una cartera de servicios dentro del sistema de Seguridad Social público). Fuera de este sistema público se encuentran aquellas mejoras de las prestaciones o modelo complementario del anterior que no es obligatorio sino voluntario. Estas mejoras pueden ser negociadas por la vía del convenio colectivo para ampliar la protección pública en determinadas prestaciones como la incapacidad permanente derivada de un accidente de trabajo (seguros que concierta el empresario para indemnizar a la persona trabajadora que ha sufrido un accidente laboral) o la jubilación (planes y fondos de pensiones), por ejemplo. Como veremos en el apartado correspondiente este modelo complementario no actúa en las prestaciones relacionadas con los derechos de salud sexual y reproductiva.

discriminatoria para determinados colectivos como las mujeres porque sus carreras laborales son más reducidas que las de los hombres, al interrumpir normalmente la relación laboral para atender a los hijos o a familiares, ya sea suspendiendo el contrato (en caso de excedencias), ya sea reduciendo su jornada laboral con la consecuente reducción de la cotización. En el ámbito de las personas trans la discriminación puede ser indirecta si no se accede a un empleo reglado, podríamos decirlo así, ya que la no entrada en el mercado laboral supone la no inclusión en el sistema de protección de la Seguridad Social. Al no estar trabajando, no se está cotizando y, por ello, no se accede a prestaciones públicas cuando se deja de trabajar y, por tanto, se necesita.

3.3. Prestaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Recordamos que el preámbulo de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero⁹⁶, que vamos a analizar en este tercer capítulo, recoge el reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que supone para la Unión Europea que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones

“que rijan sus cuerpos sin discriminación, coacción ni violencia y a acceder a servicios de salud reproductiva y sexual que respalden dicho derecho y ofrezcan un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción, dado que la sexualidad es una parte integrante de la existencia humana” (Ley Orgánica, 2023, p. 3)

Entre los principios rectores de la citada Ley Orgánica se encuentra el reconocimiento por los poderes públicos de que todas las personas en el ejercicio del derecho a la salud y a la autonomía personal pueda adoptar decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, decidir libremente la maternidad, debiendo garantizar que la interrupción voluntaria del embarazo se realice respetando el bienestar físico y psicológico de las mujeres.

El legislador en el preámbulo, así como en el objeto, definiciones y principios se refiere a la mujer, si bien expresamente añade una cláusula para aplicar todas las referencias en la ley a las mujeres relacionadas con los derechos reproductivos a las “personas trans con capacidad de gestar, lo que incluye lo previsto en relación la salud durante la menstruación”. Así pues, vamos a ver a qué prestaciones puede acceder la persona trans, en concreto, mujer que transita a hombre, que tenga la capacidad de gestar porque tiene o mantiene el aparato reproductor femenino. Es decir, “en materia reproductiva siempre será necesaria la presencia de una mujer capaz de gestar, con un útero y un aparato reproductor saludables” (Torres, nd, p. 234⁹⁷). Pese a que el autor se refiere a la mujer capaz de gestar debemos

⁹⁶ Por la que se modifica la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, publicada en el BOE núm. 51 de 01 de marzo de 2023.

⁹⁷ Al hilo de esta afirmación reflexiona Torres Quiroga señalando que cuando la sexualidad y la reproducción -entendida como la única actividad, que tiene como fin la “producción” de personas nuevas, con la ayuda de la tecnología o sin ella- se disocian de estas características se convierte al

aclarar que estamos hablando de personas trans, ya que un hombre trans, es decir, una mujer que transita a hombre puede tener, como señalamos antes, capacidad para gestar.

En conclusión, la persona trans se asimila a la mujer en el acceso a las prestaciones derivadas de los derechos de salud sexual y reproductiva si tiene la condición de trans gestante o capacidad para gestar, si tiene ovarios, útero y trompas de Falopio, principales órganos de la reproducción en las mujeres, “cuyas funciones están controladas por hormonas⁹⁸ producidas en el cerebro y en la glándula pituitaria que regulan el ciclo menstrual, el embarazo y la producción de leche materna” (INSHT, 2018, p. 1).

3.3.1. Prestación de incapacidad Temporal: situaciones protegidas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la Ley Orgánica 1/2023 modifica la legislación de Seguridad Social para incluir dentro de la prestación de incapacidad temporal tres situaciones especiales de la mujer o persona trans gestante:

- 1) la menstruación secundaria incapacitante, que está relacionada con la salud sexual;
- 2) la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo, en la que la persona trabajadora puede estar impedida para trabajar de forma temporal y recibe asistencia sanitaria, y
- 3) la situación de la mujer o trans gestante a partir del día uno de la semana treinta y nueve de gestación.

Estas tres situaciones recogidas en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁹⁹ son reconocidas por el legislador como situaciones “especiales de la mujer”, que, por tanto, solo caben atribuirles a la persona trabajadora de sexo femenino. No obstante, como ya hemos comentado la Ley que origina la inclusión de estas situaciones de incapacidad temporal -Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero- sí menciona expresamente la aplicación a las personas trans con capacidad de gestar, “lo que incluye lo previsto en relación con la salud durante la menstruación”¹⁰⁰.

Por tanto, respecto a la primera situación incapacitante, las personas trans que tengan capacidad de gestar y, por tanto, mantengan o tengan los órganos genitales femeninos

embarazo en “carne de contrato” (Torres, nd, 234), para referirse al contrato de la maternidad subrogada.

⁹⁸ Las hormonas sexuales producidas por los ovarios (estrógeno y progesterona) son las responsables del desarrollo sexual, preparan las paredes del útero cada ciclo para mantener y nutrir el óvulo fertilizado y contribuyen a la salud básica del corazón, huesos, hígado y otros muchos tejidos (INSHT, 2018).

⁹⁹ Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (BOE Núm. 261, de 31/10), recientemente modificado por la Ley 2/2025, de 29 de abril (BOE Núm. 104, de 30 de abril) en materia de extinción del contrato de trabajo por incapacidad permanente de las personas trabajadoras.

¹⁰⁰ Según el art. 3, apartado 2 de la Ley Orgánica 1/2023.

podrán ausentarse del trabajo durante los días necesarios para recuperar su salud. Hay que precisar que se trata de una situación incapacitante, durante un período de días indefinido pero que abarca el período de menstruación, por lo que la situación protegida es la menstruación secundaria incapacitante o dismenorrea secundaria, entendiendo como tal aquella

“[...] asociada a patologías tales como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos, o dificultad en la salida de sangre menstrual de cualquier tipo, pudiendo implicar síntomas como dispareunia, disuria, infertilidad, o sangrados más abundantes de lo normal, entre otros. Se trata de dar una regulación adecuada a esta situación patológica con el fin de eliminar cualquier tipo de sesgo negativo en el ámbito laboral.” (Exposición de Motivos de la Ley, 2023, p. 6)

Por tanto, no está protegiendo la dismenorrea primaria sino la secundaria incapacitante asociada a patologías. Según la CIE-10 -editada por la OMS-, dentro del código N94 encontramos las afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual (Ministerio de Sanidad, 2022)¹⁰¹. La dismenorrea primaria es el dolor uterino en el momento de la menstruación. Es idiopática y no puede ser explicada por otros trastornos ginecológicos, siendo más común que la dismenorrea secundaria (Pinkerton, 2023)¹⁰². Sin embargo, la dismenorrea secundaria se debe a anomalías pelvianas, siendo las causas más comunes la endometriosis, adenomiosis uterina y los miomas (Pinkerton, 2023).

Ciertamente el dolor durante el período menstrual, que puede comenzar antes, se extiende durante 1 o 2 días y puede ocasionar dolor abdominal, fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de espalda o dolor cabeza (Pinkerton, 2023).

No obstante, únicamente la dismenorrea secundaria permitirá con arreglo a la ley ausentarse durante los días en los que la persona trabajadora -mujer y persona trans con órganos reproductivos femeninos-, sufra esta incapacidad transitoria percibiendo una prestación pública desde el primer día de la baja por menstruación incapacitante (art. 169.1. a)¹⁰³.

¹⁰¹ Según el citado código internacional publicado por el Ministerio de Sanidad en la versión española en el Código N94 sobre “el dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual” se incluyen nueve códigos o trastornos. El N94.5 se refiere a la dismenorrea secundaria. Otros trastornos son el dolor intermenstrual, la dispareunia y el vaginismo. La publicación y actualización del listado de enfermedades profesionales se puede consultar en [List of Official ICD-10 updates](#).

¹⁰² <https://www.msmanuals.com/es/profesional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/dismenorrea> [fuente consultada el 15 de mayo de 2025].

¹⁰³ A diferencia de lo que ocurre si la baja se debe a una contingencia común, es decir, a una enfermedad o patología, o accidente no relacionado con la actividad laboral que desempeña, en cuyo caso, la prestación o subsidio temporal de incapacidad temporal se percibe al cuarto día de la baja.

La segunda situación especial -porque se aplica solo a la mujer y también a la persona trans con capacidad de gestar- de incapacidad temporal que introduce la Ley Orgánica 1/2023 es la interrupción del embarazo. Aquí el legislador incluye como causa incapacitante de forma temporal tanto la interrupción voluntaria como involuntaria del embarazo, dando lugar a una prestación pública durante el período en el que la persona trabajadora se encuentre incapacitada. La persona trans gestante podrá acogerse a esta protección si estando en estado de gestación se interrumpe por un motivo voluntario -con arreglo a las causas de interrupción legales previstas en nuestro ordenamiento jurídico- o de forma involuntaria. Cabe señalar que, si la interrupción es involuntaria y está provocada por el trabajo, es decir, se trata de una interrupción provocada por el desempeño de la actividad laboral la trabajadora (mujer y persona trans) recibirá una prestación pública desde el día siguiente de la baja con una cuantía superior a la prevista si el motivo o la causa es una contingencia común o no laboral¹⁰⁴.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se podrá producir a partir de los 16 años, edad de acceso al mercado laboral, sin consentimiento de sus representantes legales, dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la persona trans embarazada (art. 13 bis de la Ley Orgánica 1/2023).

La tercera situación especial se refiere al período de gestación que se extiende más allá de las treinta y nueve semanas, ya que a partir de esa semana la persona trans gestante puede acogerse a la prestación de incapacidad temporal. Con anterioridad a la ley de 2023 la mujer solía solicitar al médico de atención primaria la baja médica, pero se descontaba ese período de descanso de la prestación por nacimiento y cuidado del menor. Es decir, de las dieciséis semanas correspondientes al descanso por nacimiento de hijo podía utilizar (y, por ello, anticiparse al descanso posterior al nacimiento) hasta diez semanas antes del parto (como período de descanso voluntario). Con esta nueva situación de incapacidad temporal (art. 169.1.a TRLGSS) la madre, trans gestante, no necesita adelantar la prestación por nacimiento y cuidado del menor, ya que tiene por objeto asegurar el descanso de la persona trabajadora en avanzado estado de gestación. Es realmente una ventaja para la mujer, persona trans gestante ya que no tiene porqué consumir parte del permiso que recibe después del parto para atender al/la hijo/a y se cumple así con el objeto de la situación de incapacidad temporal o transitoria. Se encuentra de forma incapacitada para prestar servicios por su estado de gestación.

¹⁰⁴ En nuestra ley protectora de seguridad social las prestaciones que derivan de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional -esto es, una contingencia profesional- son más ventajosas, porque se calculan sobre la base del trabajo real realizado y se aplican unos porcentajes mayores a la base reguladora de la prestación, por lo que se incrementa la cuantía resultante. Sobre el concepto de contingencia profesional pueden consultarse los art. 156 y 157 del TRLGSS.

3.3.2. Prestación contributiva y no contributiva de nacimiento y cuidado de menor.

En la ahora denominada prestación de nacimiento y cuidado del menor -antes prestación por maternidad¹⁰⁵- la persona trabajadora, hombre o mujer, puede disfrutar de un descanso durante dieciséis semanas (como norma general) para atender al menor nacido, adoptado, acogido o en situación de guarda o tutela. Es una prestación que se reconoce individualmente a la persona para que pueda descansar y atender al hijo, sin tener que ceder una parte del descanso, como ocurría con anterioridad, al otro progenitor, diferente a la madre biológica.

Así pues, la situación protegida prevista en el art. 177 del TRLGSS es la del nacimiento (maternidad biológica), adopción (nacional o internacional de un menor de 6 años, o mayor de 6 pero menor de 18 años en situación de vulnerabilidad determinada por los servicios sociales competentes), acogimiento familiar de un menor (mínimo de 1 año de duración, excluyendo pues los acogimientos de urgencia, de hasta 6 meses, y temporales, de duración inferior a los 12 meses), la guarda con fines de adopción¹⁰⁶ (figura previa a la adopción, que se corresponde con la anterior figura civil de acogimiento preadoptivo) y la tutela (en determinados casos, cuando se trata de un familiar que por ley no puede adoptar al menor, por consanguinidad).

Por tanto, la persona trabajadora trans podrá si es trans gestante disfrutar de este permiso o descanso para cuidar al/la hijo/a nacido/a; pero también podrá como persona trabajadora no gestante disfrutar del descanso en caso de adopción, acogimiento familiar, guarda con fines de adopción o tutela de un menor que por motivos legales no puede ser adoptado¹⁰⁷.

El descanso implica la suspensión del contrato de trabajo y la percepción de una prestación pública retribuida sustitutiva de las rentas salariales que se dejan de percibir, calculada sobre la base de cotización (la retribución determina esta base sobre la que aplicamos los

¹⁰⁵ La norma que cambia tanto la denominación -antes prestación de maternidad y prestación de paternidad- como el régimen jurídico de la prestación (ahora única y reconocida por igual a la persona trabajadora, con independencia del sexo, que cumpla los requisitos de acceso) por nacimiento y cuidado del menor es el Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo *de medidas urgentes para la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombre en el empleo y la ocupación* (BOE núm. 57, de 7 de marzo de 2019).

¹⁰⁶ La adopción y el acogimiento son figuras recogidas en el Capítulo V del Código Civil (CC, en adelante), artículos 172 y ss.

¹⁰⁷ Con arreglo al art. 175.3 del CC no puede adoptarse a un descendiente (un hijo o un nieto), a un pariente en segundo grado en línea colateral por consanguinidad (hermano/a) o afinidad, a un pupilo por su tutor. En estos casos la tutela de un menor que no puede ser adoptado es una situación protegida por el legislador y, por tanto, podrá disfrutar del descanso previsto para cuidar del menor, como si fuera un progenitor.

porcentajes y obtenemos las cuantías de las diferentes cuotas o aportaciones a la Seguridad Social) y que coincide con el 100% de la misma (art. 179 TRLGSS¹⁰⁸).

El disfrute es de dieciséis semanas de descanso, con carácter general, que se puede ampliar en casos muy determinados, por nacimiento, adopción, acogimiento, guarda múltiple, discapacidad del hijo y también, recientemente, por obra de la jurisprudencia constitucional del TC en caso de familia monoparental.

La persona trabajadora que solicita la prestación siendo la única progenitora al frente de la familia da derecho a la ampliación del descanso durante diez semanas más (que se corresponden con las diez semanas que disfrutaría el otro progenitor si lo hubiera)¹⁰⁹. Conviene recordar que cada progenitor disfruta de su descanso de dieciséis semanas, de las cuales las seis primeras son obligatorias para los dos, y, por tanto, ello supone compartir la atención del menor durante este primer período obligatorio. Las diez semanas restantes son voluntarias y se pueden disfrutar a lo largo del período de un año desde el nacimiento, adopción, acogimiento o guarda. Luego, si hay un único progenitor y solamente disfruta de las dieciséis semanas estaríamos discriminando al menor nacido en una familia monoparental porque si nace en una familia biparental, el menor es atendido durante seis semanas por los dos progenitores simultáneamente y veinte semanas -diez por cada progenitor- con posterioridad en la forma que cada titular del derecho elija y mejor le convenga. El TC en recientes sentencias ha entendido que se discrimina al tipo de familia por el hecho de impedir a la progenitora (estadísticamente son más las familias monoparentales formadas por mujeres) ampliar la duración con las semanas voluntarias que tendría el otro progenitor de existir.

En definitiva, la persona trans gestante y la persona trans que adopta, acoge, guarda o tutela un menor como único progenitor puede disfrutar, con arreglo, no a la ley, sino a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional¹¹⁰, de veintiséis semanas, es decir, dieciséis que

¹⁰⁸ Conviene señalar que si la persona trans trabajadora accede a la prestación de incapacidad temporal recibirá un 75% de la base reguladora (que se calcula sobre la base de cotización) mientras que si accede a la prestación de nacimiento y cuidado del menor recibirá el 100 por 100 de la base reguladora, por lo que la protección de seguridad social es más intensa. Compárense los arts. 171 y 179 TRLGSS.

¹⁰⁹ Tal y como señala el TC en Sentencia 140/2024, de 6 de noviembre (BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2024, pp. 16617-16654), que cambia la doctrina y que se reitera en las sentencias posteriores del mismo tribunal número 147, 149, 150, 151 de 2 de diciembre de 2024.

¹¹⁰ Las Sentencias señaladas declaran inconstitucional este precepto del TRLGSS, porque no recoge expresamente la ampliación del permiso por el/la progenitor/a en caso de familia monoparental, pero paradójicamente no lo anula, es decir, no lo elimina del ordenamiento jurídico por ser inconstitucional. Este hecho es jurídicamente inconsistente, ya que la declaración de inconstitucionalidad de una norma lleva aparejada siempre la desaparición del precepto, o, dicho de otro modo, su nulidad. No obstante, el TC es consciente de las consecuencias jurídicas negativas de la declaración mencionada y expresamente mantiene el precepto en su redacción original, haciendo esa interpretación extensiva y amplia de la norma para no discriminar a las familias monoparentales. Vendría, pues, a actuar como un legislador más que como un tribunal, lo que resulta anómalo.

le corresponden por derecho propio -de las cuales seis son obligatorias con posterioridad al parto, adopción, acogimiento o guarda con fines de adopción- y diez más, de carácter voluntario, que corresponderían al otro progenitor si concurriera por ser familia biparental. En el caso de la persona trans gestante (si es maternidad biológica) o trans que se acoge a una de las figuras mencionadas de maternidad “adoptiva”, si se me permite la expresión, es realmente interesante esta ampliación porque es un colectivo vulnerable como hemos visto. Y una de las cuestiones que se debaten en las sentencias mencionadas y que hay que tener en cuenta es el hecho de que las familias monoparentales, conformadas por un progenitor, tienen menos recursos para llevar a cabo la tarea de cuidado, atención, manutención del menor. Por ello, el progenitor de una familia monoparental está expuesto a situaciones de vulnerabilidad económica, sin apoyo familiar, que debe ser tenido en cuenta por el sistema de protección social, por lo que se reconoce el acierto de la interpretación que hace el máximo intérprete de nuestra Carta Magna.

Sin embargo, sí que el legislador expresamente protege a la progenitora, en este caso a la mujer, en caso de maternidad biológica (nacimiento de hijo) y, por extensión, como hemos dicho a la persona trans gestante que, a pesar de estar de alta en el sistema de Seguridad Social, no cumple con los requisitos de cotización exigidos para acceder a la prestación del nivel contributivo que acabamos de analizar¹¹¹. En este caso se protege durante seis semanas, o cuarenta y dos días naturales (el equivalente al descanso obligatorio), el descanso de la madre para recuperar su salud después del parto. Por eso, en esta prestación o supuesto especial, no contributivo, el disfrute del descanso no está asociado al cuidado del hijo/a nacido/a, sino al descanso de la madre que ha dado a luz (arts. 181-182 TRLGSS). Aquí sí se recoge de forma expresa la ampliación catorce días naturales más de duración del disfrute, o dos semanas adicionales, en caso de nacimiento en una familia monoparental. Insisto, solo cabe esta prestación en caso de nacimiento de hijo porque la prestación va dirigida a permitir a la madre -mujer o trans gestante- recobrar la salud después del parto. En esta línea de no discriminación y protección de la familia se declara el Principio 24 Yogyakarta que reconoce el derecho a formar una familia, conminando a los Estados a

Además, resulta de interés la argumentación de los votos particulares de algunos magistrados, que discrepan de la opinión manifestada por la Sala en Pleno y que se alinean con las consideraciones jurídicas sobre esta materia de los magistrados del Tribunal Supremo, Sala cuarta, máximo órgano de la jurisdicción ordinaria (Moreno, 2025, p. 478).

¹¹¹ Conviene indicar que el sistema público, obligatorio de protección social, por expreso mandato de la CE, que ordena a los poderes públicos mantener y garantizar un régimen de protección social incluye un nivel contributivo, al que acceden aquellas personas trabajadoras que contribuyen con su cotización al sistema, y un nivel no contributivo, al que acceden los ciudadanos que carecen rentas y que o bien no han cotizado o bien no han cotizado lo suficiente y no cumplen con los requisitos de carencia exigidos para acceder a las prestaciones del primer nivel (por ejemplo, en caso de jubilación).

reconocer en su ordenamiento jurídico la diversidad de familias, “incluidas aquellas que no son definidas por descendencia o matrimonio” y a asegurar el derecho a formar una familia “incluso a través del acceso a adopción o a reproducción asistida (incluyendo la inseminación por donante)” de todos los individuos al margen de la orientación sexual y/o la identidad de género (Naciones Unidas y Amnistía Internacional, 2007, pp. 22-23).

En este punto hay que tener en cuenta que no todas las personas trans desean tener hijos genéticos. De hecho, estudios realizados determinan que las parejas trans tienen menos deseos de tener hijos genéticos que las parejas cisgénero (Coleman et al., 2002).

Por tanto, las personas trans que no quieran tener hijos genéticos podrán acceder a la prestación por nacimiento y cuidado del menor como cualquier otra persona trabajadora, que cumpla con los requisitos de acceso (cotización o carencia exigida según la edad de la persona beneficiaria de la prestación).

Pero, ¿qué pasa con aquellas personas trans que se han sometido a tratamientos hormonales y no han realizado la cirugía de cambio de sexo aún? Estos tratamientos hormonales pueden alterar o limitar las opciones futuras de reproducción en distintos grados. De ahí que los expertos aconsejan debatir los riesgos de fertilidad y las vías de preservación de la misma con las personas trans y sus familias antes de iniciar algunos de los tratamientos hormonales o de cirugía (GAHT, por sus siglas en inglés¹¹²), siendo habitual por parte del sujeto interrumpir la terapia hormonal o retrasarla para poder concebir a una criatura (Coleman et al. 2022).

Respecto a los derechos reproductivos de la mujer cisgénero y la persona trans con capacidad para gestar conviene señalar que con arreglo al derecho español la gestación por sustitución, como alternativa a la maternidad biológica, no está regulada ni aceptada ya que se considera un contrato nulo de pleno derecho, según la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida¹¹³.

No obstante, en el ámbito jurisdiccional social, que incluye la materia laboral y de Seguridad Social, la jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo -Alto Tribunal del orden jurisdiccional ordinario- ha considerado que la maternidad derivada de este contrato nulo no impide que la persona trabajadora pueda acceder a la prestación pública por nacimiento y cuidado del menor, asimilando la figura del progenitor no gestante, que acude a la gestación por subrogación para ser padre o madre, como adoptante.

Ya hemos visto que la adopción sí es una situación protegida por el legislador (art. 177 TRLGSS), expresamente pero el precepto mencionado no incluye la maternidad subrogada. Sin embargo, se ha incluido por interpretación realizada por el Tribunal Supremo (Sala de

¹¹² *Gender-Affirming Homonal Treatments* o GAHTs (siglas en inglés).

¹¹³ Publicada en el BOE núm. 126 de 27 de mayo de 2006.

lo Social) – contraria, o no coincidente con la interpretación de la Sala de lo Civil del mismo tribunal (Sala Primera del Tribunal Supremo¹¹⁴)- el acceso a la prestación del progenitor que no es la madre gestante. Esta es una opción de maternidad que, pese a estar prohibida en nuestro ordenamiento jurídico, no impide que personas, tal y como ha ocurrido en la práctica, Gais, Lesbianas, Trans (esto es, el colectivo incluido en las siglas LGTB) puedan acudir a otras instituciones de terceros países para conseguir ser madre/padre de una criatura. Y la Sala Cuarta del Tribunal Supremo (Sala de lo Social) ha sentado la doctrina de que, aunque esta práctica esté prohibida en nuestro ordenamiento jurídico no impide la protección de la Seguridad Social en interés del menor, primando aquí -así como ocurría en materia de protección de familia monoparental por el Tribunal Constitucional¹¹⁵-, el interés superior del menor.

La argumentación del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, favorable a la protección de Seguridad Social¹¹⁶ (que permite el acceso a la prestación por nacimiento y cuidado del menor, aunque la legislación aplicable no la recoge expresamente) se basa en la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. No obstante, del análisis de las sentencias de ambos tribunales internacionales el fallo del Tribunal supremo se sustenta en la interpretación del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) para la protección integral de los hijos que realiza el TEDH -en los asuntos *Menesson c. Francia*, *Labasse c. Francia*, *Campanelli c. Italia*¹¹⁷-, en los que se tiene en cuenta el interés superior del menor y el respeto a su vida privada para considerar que los Estados (Francia e Italia) habían vulnerado el citado precepto al negar a los comitentes el derecho a reconocer la filiación vía registro.

¹¹⁴ La más reciente es la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, sección Pleno 1626/2024, de 4 de diciembre, Rec. 7904\2023 (Referencia de la base de datos Aranzadi: JUR\204\451378), que reitera la doctrina ya sentada en Sentencia de 6 de febrero de 2014 del mismo tribunal (Sentencia 835/2013, Rec. 245/2012; referencia 2014\833).

¹¹⁵ Ciertamente, recordemos que este argumento del interés superior del menor y reconociendo el derecho a la protección del menor que nace en una familia monoparental a no ser discriminado es el que utiliza también en recientes resoluciones judiciales el Tribunal Constitucional en las sentencias mencionadas supra.

¹¹⁶ Véase, por todas, la controvertida Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Social. Sección Pleno) de 16 de noviembre de 2016, Rec. 3146/2014 (referencia de la base de datos de Aranzadi RJ 2016\6152) con dos Votos particulares de tres magistrados, en el primero, y cuatro magistrados, en el segundo, que discrepan de la opinión mayoritaria de la Sala, acogiendo las argumentaciones del Tribunal Supremo, pero de la Sala Primera, al entender que se protege igualmente el interés del menor nacido por la técnica de la gestación por sustitución con la aplicación de las figuras jurídicas, **legales** (la negrita es mía), de la adopción o acogimiento y reconocimiento de la filiación. Los magistrados hacen una reflexión sobre la técnica de gestación por sustitución que supone la “comercialización del embarazo” así como la “instrumentalización de los más débiles en favor de los económicamente poderosos”, que resulta contraria a la dignidad.

¹¹⁷ Sentencias del TEDH de 26 de junio de 2014 (c. Francia, demanda 65192/11) y de 27 de enero de 2015, demanda 25358/12).

Por su parte el TJUE en las sentencias en las que se ha analizado el acceso al permiso por nacimiento de hijo en aplicación de las Directivas comunitarias¹¹⁸, sobre las que se basa el TS, considera en los asuntos contra Reino Unido e Irlanda¹¹⁹ que no se vulnera el derecho comunitario si el estado niega el permiso en casos de maternidad subrogada, aún cuando la mujer no gestante alimente al hijo¹²⁰. El TS interpreta que, a pesar de que el Estado Miembro no está obligado por el Derecho comunitario a conceder el permiso en la situación de gestación por subrogación (tal y como se desprende de las sentencias mencionadas que trae a colación para resolver el caso), tampoco es contraria a la norma comunitaria aquella disposición del ordenamiento jurídico nacional que mejora lo dispuesto en las Directivas, como ocurre en el caso español¹²¹.

3.3.3. Riesgo durante el embarazo y durante la lactancia.

Esta prestación está relacionada con la prevención de riesgos laborales, que avanzamos en el capítulo II. Allí pudimos ver que las personas vulnerables a determinados riesgos en el trabajo por la exposición a tóxicos, agentes nocivos, o procedimientos que pueden afectar a la salud de la persona trabajadora estaba contemplada en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL, 1995¹²²) en el art. 25.

Ahora bien la citada ley dedica un artículo distinto y, por tanto, confiere un régimen jurídico propio de protección para la mujer embarazada o en período de lactancia, expuesta a riesgos en su puesto de trabajo (*Artículo 26. Protección de la maternidad*). Este precepto es el origen

¹¹⁸ Fundamentalmente la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (DOUE L-1992-81903); Directiva 2006/54/CE que establece el principio de igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres en el ámbito del empleo y la ocupación, buscando eliminar la discriminación y promover la igualdad salarial (DOUE-L-2006-81416) y la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación (DOUE-L-2000-82357).

¹¹⁹ Sentencias de 18 de marzo de 2014, asuntos C-167/12 y C-363/2012), en las que se plantea si la denegación del permiso por maternidad en el supuesto de gestación por subrogación (trabajadora que no estuvo embarazada, pero recurre con el espermatozoides de la pareja a la técnica de la gestación por subrogación, en el caso del Reino Unido y de una trabajadora que recurre a la misma técnica, pero con una fecundación “in vitro” previa a la gestación en el útero de la madre gestante, en el caso de Irlanda).

¹²⁰ Teniendo en cuenta que la Directiva 92/8 CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, tiene por objeto proteger la condición biológica de la mujer durante el embarazo y después de este y establece una protección mínima de la trabajadora embarazada o en período de lactancia. Forma parte del acervo comunitario en materia de prevención de riesgos laborales (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

¹²¹ “[...] Señala que la Directiva no excluye la facultad de los Estados para aplicar o instaurar disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas más favorables para la protección de la seguridad y salud de las madres subrogantes que hayan tenido un hijo gracias a un convenio de gestación por sustitución. [...]” [F] 5, STS 953/2016)

¹²² La Ley 31/1995, LPRL, es el resultado de la transposición de la Directiva comunitaria 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo -modificada en 2008- o Directiva Marco, como también es conocida, al ordenamiento jurídico español.

de la prestación pública de Seguridad Social por riesgo durante el embarazo (arts. 186-187 TRLGSS) y de la prestación por riesgo durante la lactancia natural (arts. 188-189 TRLGSS), que vamos a analizar.

En el primer ámbito, los efectos nocivos durante el embarazo de determinados agentes o sustancias presentes en el lugar de trabajo determinan que la mujer embarazada y, también, la persona trans gestante debe ser protegida para evitar daños en su salud y en el feto.

En puridad el legislador no incluye expresamente a la persona trans porque no se ha modificado el texto de la LPRL¹²³, ni tampoco los artículos del TRLGSS que regulan la prestación de riesgo durante el embarazo, a diferencia de lo que ha ocurrido con el art. 48 del Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores (TRET), que recoge a la persona trans gestante como sujeto que puede suspender el contrato para descansar por nacimiento y cuidado del menor.

Ciertamente la Ley Orgánica 1/2023 modifica el texto de la Ley General de la Seguridad Social y del Estatuto de los Trabajadores¹²⁴ para incluir nuevos supuestos en las situaciones protegidas por la prestación de incapacidad temporal (art. 169 TRLGSS) como hemos analizado, pero no modifica el precepto que regula la prestación por riesgo durante el embarazo ni la prestación por nacimiento y cuidado del menor de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS).

Según la Nota Técnica de Prevención (NTP, en adelante) 612 del INSHT¹²⁵ -dedicada a la protección y promoción de la salud reproductiva- los principales factores de riesgo para la

¹²³ Hay que recordar que la citada Ley se aprobó en el 1995 y desde entonces no se ha modificado.

¹²⁴ Este precepto estatutario -que regula los derechos y obligaciones de los asalariados, trabajadores sujetos a una relación laboral común o especial- es el encargado de recoger explícitamente el derecho de la persona trans gestante a suspender el contrato de trabajo para disfrutar del descanso por nacimiento y cuidado del menor. El legislador, a través de otra Ley Orgánica, la 4/2023, de 28 de febrero, para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI (BOE de 1 de marzo) modifica el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, en su Disposición Final Decimocuarta, con el siguiente tenor: *“A efectos de lo dispuesto en este apartado, el término de madre biológica incluye también a las personas trans gestantes”*. Sin embargo, no se altera la redacción del precepto que regula la prestación por nacimiento y cuidado del menor en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social porque hay una remisión al precepto estatutario para conocer la situación que causará la suspensión del contrato por nacimiento y cuidado del menor. Así pues, el art. 177 TRLGSS literalmente señala *“A efectos de la prestación por nacimiento y cuidado de menor prevista en esta sección, se consideran situaciones protegidas el nacimiento, la adopción, la guarda con fines de adopción y el acogimiento familiar, de conformidad con el Código Civil o las leyes civiles de las comunidades autónomas que lo regulen, durante los períodos de descanso que por tales situaciones se disfruten, de acuerdo con lo previsto en los apartados 4, 5 y 6 del artículo 48 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y en el artículo 49.a), b) y c) del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público”*.

¹²⁵ El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo que estaba adscrito al entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales -ahora Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, adscrito al actual Ministerio de Trabajo y Economía Social- se dedica desde sus inicios al estudio de la salud laboral y la prevención de riesgos laborales. Entre sus estudios, informes técnicos, guías se encuentra las Notas Técnicas de Prevención que son definidas por el mismo Instituto como guías de

mujer embarazada, que ha dado a luz recientemente o en período de lactancia más importantes se agrupan en:

- 1) riesgos generales, como fatiga mental, posturas forzadas, trabajo en altura, estrés profesional, actividades realizadas de pie, entre otros;
- 2) riesgos derivados de agentes físicos, como son el ruido, radiaciones ionizantes, frío o calor extremos;
- 3) agentes biológicos (clasificados en los grupos 2, 3 y 4 en el reglamento específico que los regula¹²⁶;
- 4) agentes químicos como mercurio, plomo, monóxido de carbono¹²⁷;
- 5) las condiciones del puesto de trabajo concreto (si hay manipulación manual de cargas, si se realizan movimientos y posturas que pueden causar daño, si se trabaja con equipos de pantalla de visualización, por ejemplo), y
- 6) otros factores variados como el ritmo de trabajo, el horario, la dimensión del espacio de trabajo, ventilación, etc. (INSHT, 2003¹²⁸).

Así pues los servicios de prevención de la empresa que tienen entre sus funciones específicas¹²⁹ realizar los reconocimientos médicos o vigilancia de la salud¹³⁰, la investigación epidemiológica o la protección de trabajadores especialmente sensibles, deben identificar la población susceptible de presentar alteraciones de la reproducción¹³¹ (INSHT, 2003).

Efectivamente es importante en el proceso de protección y promoción de la salud, identificar los factores de riesgo y las personas sometidas al riesgo¹³² para poder evaluar el

buenas prácticas, recomendaciones a seguir que pueden ser o no obligatorias, dependiendo de si están o no recogidas en una disposición normativa vigente.

¹²⁶ Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo. BOE de 24 de mayo de 1997.

¹²⁷ Sustancias etiquetadas como peligrosas por la normativa comunitaria.

¹²⁸ Se trata de un cuadro con ejemplos por lo que la lista no es taxativa.

¹²⁹ Estas funciones específicas citadas (a las que se añaden las de documentación y notificación, prestación de primeros auxilios y atención en emergencias) junto a las funciones generales de formación e información, promoción de la salud, colaboración con el Sistema Nacional de Salud o con la autoridad sanitaria constituyen de forma esquemática el cuadro de funciones atribuidas a los profesionales sanitarios que se integran en los servicios de prevención de las empresas, consignadas básicamente en la LPRL y en el Reglamento de los Servicios de Prevención que la desarrolla (RD 39/1997).

¹³⁰ La vigilancia de la salud es un concepto más amplio que los reconocimientos médicos, ya que se entiende como *“la recogida sistemática y continua acerca de un problema específico de salud para su análisis, interpretación y utilización en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud”* (INSHT, 2003, p. 1)

¹³¹ Entre las acciones específicas de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención se encuentran también el desarrollo de indicadores de daño, el seguimiento continuo de la evolución del embarazo, postparto y lactancia para proteger a la trabajadora en concreto y proponer medidas preventivas que se ajusten a la fase o a las circunstancias propias del embarazo o lactancia (INSHT, 2003).

¹³² La población susceptible de presentar alteraciones de la reproducción en general debe estar constituida por todos los trabajadores en edad de procrear y expuestos a los factores de riesgo, por lo

riesgo de un punto de vista técnico y sanitario y diseñar y ejecutar las medidas de prevención del riesgo.

La información que debe recogerse a través de los exámenes de salud de los trabajadores por el personal responsable de la vigilancia de la salud debe permitir conocer las variables laborales (exposición a determinados factores de riesgo, identificando el factor que puede producir alteraciones en la reproducción, el tiempo de exposición) y no laborales que pueden afectar o conllevar problemas reproductivos (estilos de vida, antecedentes, datos sobre la historia reproductiva, etc).

Cabe señalar que las alteraciones de la reproducción se pueden producir tanto por la exposición del hombre como de la mujer a los agentes nocivos externos y pueden actuar en la fase de reproducción anterior a la fecundación (afectando a las células sexuales, esto es, espermatozoides y óvulos), durante el embarazo (dando lugar a alteraciones de infertilidad, cromosómicas como aborto, muerte intrauterina, malformación congénita, parto prematuro, enfermedades de la infancia), y, tras el parto, durante la lactancia, cuando el riesgo tóxico está presente y puede pasar al recién nacido a través de la madre por la lactancia materna.

Por este motivo, vamos a centrarnos en los riesgos presentes durante el embarazo, primero, y tras el parto, después, y en el acceso a las prestaciones de Seguridad Social en estas situaciones por parte de la persona trabajadora. Los riesgos en la fase anterior a la concepción pueden tener en la salud de las personas trabajadoras, hombres, mujeres o trans -en tanto que la espermatogénesis o producción de espermatozoides en el varón se desarrolla durante 90 días y cualquier alteración hormonal o modificación de los gametos puede dar lugar a hipo o infertilidad, esterilidad y abortos precoces (INSHT, 2003).

Respecto a los riesgos para la salud de la madre biológica, también de la persona trans, y del hijo nacido presentes en el lugar de trabajo cabe decir que darán lugar a la suspensión del contrato de trabajo si no se pueden eliminar para evitar daños para el bebé por vía de la lactancia materna. No está protegiendo el legislador los daños posibles derivados de la lactancia artificial por contacto con sustancias nocivas en el lugar de trabajo sino los daños que pasan de la leche materna al hijo. De ahí que también tenga un carácter temporal y se extienda la protección hasta los nueve meses de edad del lactante.

que se descartarse aquellas trabajadoras que no están en edad de procrear porque están en edad de la menopausia (INSHT, 2003). Según el INSHT para conocer el estado de salud de una población se tendrían que desarrollar indicadores o variables que reflejen los diversos componentes de salud, En salud laboral se debe tener en cuenta el número de trabajadores expuestos a un factor de riesgo determinado con probabilidades de padecer el efecto (por ejemplo infertilidad) en el denominador y el número de trabajadores que presenta el efecto derivado o la suma de todos los valores individuales (control biológico de exposición velocidad de conducción motora) en el numerador.

La protección por el sistema de la Seguridad social de la mujer embarazada o en período de lactancia incluye a la madre biológica pero también a la persona trans que hayan podido concebir porque han mantenido intacto el aparato reproductor femenino.

La prestación pública que se percibe mientras se mantenga la situación de riesgo durante el embarazo (si el empresario no ha podido adoptar medidas de prevención) o durante los nueve meses de lactancia natural es considerada un subsidio temporal de cuantía equivalente al 100 por 100 de la base reguladora, calculada sobre la base de cotización de la persona trabajadora, por tanto, muy similar a las rentas salariales que venía percibiendo, ya que se considera una contingencia profesional la causante de la suspensión de la prestación de servicios. Es decir, es por causa de los agentes, sustancias, procedimientos presentes en el lugar de trabajo que se debe apartar a la persona trabajadora -mujer cisgénero o persona trans con el aparato reproductor femenino con capacidad para gestar- para evitar daños en su salud y en la del feto o bebé.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis sobre la situación de la protección de los derechos de salud sexual y reproductiva de la persona trans podemos extraer las siguientes conclusiones.

- I- El concepto de trans género es un término amplio que abarca todas las personas que no se encuentran identificadas con el sexo asignado al nacer. De ahí que se utilice la palabra trans como un paraguas que incluye a todas las personas no binarias, que no son cisgénero.
- II- Los derechos de salud sexual y reproductivos de las personas trans están recogidos en normas internacionales y de carácter interno.
- III- El ordenamiento jurídico español regula en dos recientes normas de rango jerárquico superior en el sistema de fuentes, como son normas de carácter de Ley Orgánica, los derechos a la salud sexual y reproductiva del colectivo LGTBI: en Ley 4/2023, de Libertad Sexual, con carácter general y en la Ley 1/2023, con carácter específico.
- IV- El marco regulador de los derechos laborales y de protección social de las personas trans relacionados con los derechos de salud sexual y reproductiva se centra en determinados preceptos normativos del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en cuanto a la protección social de estos derechos) y en el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores (respecto a los derechos que tienen las personas trabajadoras relacionados con la salud sexual y reproductiva en la relación laboral, o trabajo prestado por cuenta de otro).
- V- El derecho a la salud sexual y reproductiva está reconocido en los textos internacionales como derechos humanos de la mujer, mientras que el texto constitucional español, o Carta Magna, reconoce como derecho fundamental el derecho a la vida, el derecho a la dignidad, a la intimidad, a la igualdad y a la no discriminación, relacionados y conectados con el derecho a la salud sexual y reproductiva.
- VI- Los principios bioéticos implicados en la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas trans más significativos son el de no maleficencia, en cuanto al tratamiento o tratamientos a los que se puede someter la persona trans, y la justicia y equidad, por cuanto el acceso a los tratamientos de cirugía de cambio de sexo no es asequible para todos los individuos que quieren acceder a ellos. No obstante, la autonomía en la toma de

decisiones que afectan a la libre decisión de formar una familia es relevante en este ámbito, por su relación con el derecho a la reproducción. Igualmente, no podemos olvidar el principio de beneficencia en la medida en que el tratamiento médico debe beneficiar a la persona trans, que tiene unas preferencias y expectativas concretas.

- VII- La dificultad de acceso a tratamientos y el sufrimiento de las personas trans que se deriva del diagnóstico de la disforia de género permite considerar a estos sujetos como colectivo vulnerable.
- VIII- La vulnerabilidad de estas personas trans deriva de las diferentes capas que pueden sobreponerse de pobreza (persona sin recursos, ya que en muchas ocasiones no acceden a trabajos reglados o del mercado laboral oficial), condición de raza (persona inmigrante, extranjera).
- IX- El derecho a la salud sexual y reproductiva está ligado en el ámbito laboral a la prevención de riesgos laborales (las medidas de prevención necesarias para erradicar, eliminar o minimizar, si no es posible eliminar, los riesgos presentes en el lugar de trabajo) que pueden causar daños en la reproducción masculina o femenina (por la acción de tóxicos o agentes químicos nocivos para la salud).
- X- Las medidas de prevención previstas se dirigen a evitar el daño, tal y como lo contempla la normativa general de prevención (Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 y el Reglamento de los Servicios de Prevención, de 1997) y consisten en realizar la evaluación, la vigilancia de salud y apartar a la persona trabajadora, trans, del riesgo mediante prestaciones de Seguridad Social o bien mediante ausencias, de menor duración que las prestaciones, retribuidas para prevenir riesgos en la salud.
- XI- En el ámbito de la protección del sistema español de Seguridad Social se protege el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras, cisgénero y también trans género, en cuanto persona capaz de gestar (trans gestante) a través de tres tipos de prestaciones específicas, que se sitúan dentro del nivel contributivo de protección (ámbito obligatorio de la acción protectora del sistema de protección social previsto en la Constitución Española).
- XII- En el primer tipo de prestaciones encontramos por la acción de reforma de la Ley 4/2023 el reconocimiento de tres situaciones especiales de incapacidad temporal, en virtud de las que la mujer, y la persona trans con capacidad reproductiva, puede ausentarse temporalmente del trabajo y recibir por parte de la Seguridad social una prestación pública sustitutiva de las rentas salariales.

- XIII- Dentro de la incapacidad temporal se acoge la situación de la menstruación secundaria incapacitante (dismenorrea no primaria), la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo, y la situación de gestación a partir de la semana treinta nueve del embarazo.
- XIV- Estas situaciones son aplicables tanto a la trabajadora, mujer cisgénero, como a la persona trans que tiene o mantiene el aparato reproductor femenino.
- XV- El segundo tipo de prestación pública que está relacionado con el derecho de reproducción de la persona es la prestación por nacimiento y cuidado del menor (antes de 2019, prestación por maternidad y prestación por paternidad).
- XVI- Las situaciones protegidas en esta prestación (ahora única) de maternidad biológica y de maternidad no biológica (adoptiva, acogimiento familiar, guarda con fines de adopción o incluso tutela de un familiar) son de aplicación a las personas trabajadoras cisgénero y también a las personas trans, que, si tienen la condición de trans gestante, accederán a las prestaciones en los mismos términos que la madre biológica, porque el legislador expresamente las incluye. Si no tienen capacidad de gestar, accederán como progenitor adoptante, que acoge, que guarda o tutela al menor y, además, porque así lo ha entendido el Tribunal Supremo (no el legislador), la persona que acude a la gestación subrogada.
- XVII- Aun siendo ilegal la gestación subrogada, el Alto Tribunal español, Sala Social, ha considerado la inclusión del supuesto en el ámbito de la prestación en interés del menor, para no perjudicarlo. El argumento es el de considerar la maternidad subrogada como asimilada a la maternidad adoptiva para evitar perjuicios al menor, sujeto protegido y causante, a la vez, de la prestación.
- XVIII- El tercer tipo de prestación pública de Seguridad Social tiene que ver con el riesgo durante el embarazo o la lactancia natural. En este ámbito de protección la persona trans, con capacidad para gestar y dar a luz, está incluida de la misma manera que lo está la mujer cisgénero.
- XIX- La diversidad de situaciones que se incluyen dentro del término trans va a condicionar el acceso a una u otras prestaciones, dependiendo de si se ha sometido a un tratamiento de cambio de cirugía de sexo, o se han retrasado los tratamientos hormonales para poder procrear.

En conclusión, las recientes reformas en nuestro ordenamiento jurídico que van dirigidas a conseguir y garantizar los derechos de las personas LGTBI en igualdad con respecto a las personas cisgénero permiten afirmar que, desde un punto de vista jurídico, formal, no hay discriminación o al menos, no la hay directamente porque

acceden al sistema de protección social y laboral previsto para el trabajador asalariado cisgénero.

Otra cuestión sería si realmente, en la práctica existe esa mayor vulnerabilidad de las personas trans ya que tienen menor empleabilidad y, por tanto, menos posibilidades de acceder al sistema de protección social. También hay que tener en cuenta que, si el acceso al mercado como trabajador por cuenta ajena es complicado, el porcentaje de trabajadores autónomos, personas trans que se autoocupan laboralmente y desarrollan una actividad por cuenta propia es todavía muy bajo, a pesar de que el colectivo prefiere el autoempleo o el emprendimiento como forma de insertarse en el mercado laboral.

Podemos, en definitiva no confirmar la hipótesis de la discriminación de las personas trans en el acceso a las medidas de protección social y laboral a raíz de las recientes reformas legislativas operadas en el ordenamiento jurídico español, por cuanto son sujetos titulares de los mismos derechos que lo son las trabajadoras cisgénero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). Disforia de Género. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*, Fifth edition, (pp. 451-459). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association (2023). [APA Dictionary of Psychology](#).
- Atienza, M. (2022). Sobre la dignidad humana. Editorial Trotta.
- Betanzos-León, N.; Martínez-García, I. (2023). Empleabilidad, trayectorias e intereses profesionales de personas transgénero y/o transexuales en España. *Revista complutense de Educación*, 34 (2), 313-323.
- Bouman, W. P., Suess Schwend, A., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., Winter, S. (2017). *Language and trans health. International Journal of Transgenderism*, 18:1, 1-6. DOI: 10.1080/15532739.2016.1262127
- Casado, M., López Baroni, M. J. (2018). "La reproducción asistida". *Manual de bioética laica (I)*. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.
- Casado, M., López Baroni, M.J. (nd): Principios, valores y derechos de los ciudadanos ante la biomedicina y la biotecnología. *Manual de Bioética Laica (I). Cuestiones clave*. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.
- Casado, M., Rodríguez, P., Vilà, A. (2016). Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.
- Castillo Córdova, L. (2010). El contenido constitucional de los derechos fundamentales. *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, (14), 89-118.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., De Vries, A.L.C., Deutsch, M.B., Ettner, R., Fraser L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A.B., Johnson, T.W., Karasic, D.H., Knudson, G.A., Leibowitz, S.F., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Monstrey, S.J., Motmans, J., Nahata, L. [...] Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, VOL. 23, NO. S1. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>, (pp. 1-258).
- De la Villa Gil, L.E. (2006). Incidencia de la genética en las relaciones laborales (1). *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, número extraordinario, 49-64.
- García Manrique, R. (2009). La dignidad y sus menciones en la Declaración. *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco* (pp. 43-64). Aranzadi.
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2024). [Se presentan los resultados del estudio Transaludes, el primero de ámbito español que evalúa el estado de salud de las personas trans y/o no binarias - gTt-VIH](#).

Huici, C. (1996). Estereotipos. *Psicología social y Trabajo social* (pp. 175-195). Editorial McGraw-Hill.

Instituto de Salud Carlos III (2025): <https://transaludes.isciii.es/>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2003)- NPT 612: Protección y promoción de la salud reproductiva: funciones del personal sanitario del servicio de prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2018). NTP 542: Tóxicos para la reproducción femenina. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España.

Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. In *Developing World Bioethics*. 2019; 19:86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>

Martínez-Olmo, F., y González-Catalán, F. (2020). Apuntes de investigación descriptiva y explicativa. Dipòsit digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/204620>

Ministerio de Sanidad (2025): El secretario de Estado Javier Padilla presenta el informe 'Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España, <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6545>.

Ministerio de Salud (2024): Estudio Transaludes sobre salud en personas trans y/o no binarias: un 40% de participantes creen que sus profesionales sanitarios no saben cómo atenderles: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6566>.

Ministerio de Sanidad (2022). CIE.10.ES. Diagnósticos. BOE. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática.

Monereo Pérez, J. L. (2020). "Capítulo 1. La dignidad de la persona como eje del sistema de Derechos Fundamentales". En J. L. Monereo Pérez; F. Vila Tierno; J. C. Álvarez Cortés (Dirs.), *Derechos Laborales Fundamentales Inespecíficos*, (pp. 1-167). Editorial Comares.

Moreno Cáliz, S. (2025). La doctrina constitucional sobre la protección por nacimiento y cuidado del menor en familias monoparentales. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, (70), 470-491. Iustel.

Naciones Unidas y Amnistía Internacional (2007). [Los Principios de Yogyakarta | Naciones Unidas en Paraguay](#).

Observatori Contra L'Lgtbi-Fòbia. (2023). L'Estat de L'LGTBI-FÒBIA a Catalunya. Informe de l'Observatori contra la L'Lgtbi-Fòbia.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Clasificación Internacional de Enfermedades para las estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, Guía de Referencia de la CIE-11 [[ICD-11-Reference-Guide-2024-01-es.pdf](#)].

Organización Panamericana de Salud. (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. CIE-10. Décima Versión.

Pinkerton, J. (2023). Dismenorrea.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/dismenorrea> .

Pintor Pérez, L. (nd). Unidad 7C: Bioética y vida psíquica. *Bioética y Psiquiatría. Máster en Bioética y Derecho*. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.

Real Academia Española. (2025). <https://dle.rae.es/trans-?m=form>.

Rivas Vallejo, P. (2024). Protección constitucional de la discriminación por identidad de género: prueba indiciaria y carga probatoria. *Revista de Jurisprudencia Laboral*. Número 8/2024. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado.

Rojo Torrecilla, E. (2020). Capítulo 2. Una aproximación conceptual a los derechos laborales inespecíficos. Delimitación e identificación. En J. L. Monereo Pérez; F. Vila Tierno; J. C. Álvarez Cortés (Dir.), *Derechos Laborales Fundamentales Inespecíficos*, (pp. 187-211). Editorial Comares.

Rubio Arribas, F. J. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, (21), 2009.1.

Sánchez Urrutia, A. (nd). Los derechos fundamentales en la Constitución Española. *Máster de Bioética y Derecho*. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.

Soley - Beltrán, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, (30), 21-39.

Stewart, L. (nd). ¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza? [¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza? - ATLAS.ti](#).

Torres Quiroga, M. A. (nd). Maternidad y gestación en venta. Fabricar bebés en la era neoliberal. Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. (2024). Disability and Development Report 2024. Accelerating the realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. United Nations.

United Nations Women (nd). United Nations Entity for Gender Equality and The Empowerment of Women.

<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>

World Health Organization. (2022). International Classification Diseases – 11 2022. [CIE-11](#)