

recomendaciones trataban sobre pruebas de cribado. Todos los profesionales conocían al menos una de las 12 iniciativas, con una mediana de siete iniciativas por profesional (rango: 2-12). Las más conocidas fueron U.S. Preventive Services Task Force, Cochrane Quality y DoNotDo. La mediana del grado de conocimiento de las recomendaciones diagnósticas fue del 20,0%, mientras que la mediana de acuerdo y de la percepción de su utilidad en la práctica clínica fue del 60,0%. Los participantes consideraron que la mayoría (9/12; 75,0%) de las recomendaciones se cumplían al menos parcialmente en sus respectivos centros.

Este estudio piloto muestra, en una primera aproximación, que los especialistas de medicina preventiva y salud pública tienen conocimiento de un número importante de iniciativas de adecuación de la práctica clínica. También parecen conocer y estar de acuerdo con recomendaciones diagnósticas de bajo valor sobre prácticas de cribado de amplio ámbito poblacional, como las de cáncer de mama, cuello uterino o próstata. Por el contrario, parecen desconocer recomendaciones que implican a poblaciones más específicas, como las existentes en relación con las gestantes. Es necesario realizar más acciones de difusión y transferencia de las recomendaciones, así como conocer mejor los determinantes del acuerdo o desacuerdo con ellas, y de la percepción de su utilidad y aplicabilidad en la práctica clínica habitual.

#### Contribuciones de autoría

A. Merchán, C. Requeijo, K. Salas-Gama, J.I. Pijoan, M.N. Plana, I. Urreta, M.J. Quintana y X. Bonfill han contribuido en la concepción y el diseño del trabajo, así como en el análisis y la interpretación de los datos. A. Merchán, C. Requeijo y K. Salas-Gama han contribuido en la recogida de datos. Todas las personas firmantes han participado en la redacción y revisión crítica de la carta, hasta aprobar su versión final.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflictos de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Mafi JN, Russell K, Bortz BA, et al. Low-cost, high-volume health services contribute the most to unnecessary health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36:1701–4.
2. Osorio D, Ribera A, Solans-Domènech M, et al. Healthcare professionals' opinions, barriers and facilitators towards low-value clinical practices in the hospital setting. *Gac Sanit*. 2019;S0213–9111, 30006–8.
3. Bonfill X, Salas-Gama K, Requeijo C, et al. A survey to assess the awareness of, and agreement with initiatives and recommendations about low-value diagnostic practice. 2018 (Artículo en proceso de revisión).
4. CIBERESP. Portal DianaSalud. Divulgación de iniciativas para analizar la adecuación en salud. (Consultado el 13/11/2018.) Disponible en: <http://www.dianasalud.com/index.php>.

Carolina Requeijo<sup>a</sup>, Karla Salas-Gama<sup>a,\*</sup>, Ángela Merchán<sup>a,b</sup>, José Ignacio Pijoan<sup>c,d,e</sup>, María Nieves Plana<sup>c,f</sup>, Iratxe Urreta<sup>c,g</sup>, María Jesús Quintana<sup>a</sup> y Xavier Bonfill<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública, Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu; Centro Cochrane Iberoamericano; Institut de Recerca IIB Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

<sup>c</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>d</sup> Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia), España

<sup>e</sup> Asociación Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces-Bizkaia, Barakaldo (Bizkaia), España

<sup>f</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España

<sup>g</sup> Unidad de Epidemiología Clínica, OSI Donostialdea, Osakidetza; Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia (IIS Biodonostia), Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa), España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ksalas@santpau.cat](mailto:ksalas@santpau.cat) (K. Salas-Gama).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.002>

0213-9111/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Tribunal Consitucional e identidad sexual: flor nueva de romances viejos



#### Constitutional Court and sexual identity: “New flower of old romances”

Sr. Director:

El Tribunal Constitucional acaba de publicar una nota informativa<sup>1</sup> por la que amplía la posibilidad de solicitar el cambio de sexo en el Registro Civil a los/las menores que lo deseen. Para ello se ampara en la inconstitucionalidad del párrafo 1.1 de la Ley 3/2007 que regula la rectificación registral<sup>2</sup>, al vulnerar el principio de desarrollo de la personalidad y el derecho a la intimidad (arts. 10.1 y 18.1 CE)<sup>3,4</sup>.

A priori, esta modificación podría haber supuesto un avance en la consolidación de los derechos de todas las personas transsexuales, al permitir modificar la asignación registral de su sexo desde edades tempranas. Esto contribuiría a evitar el estigma y la patologización a los que se enfrenta el colectivo trans<sup>5</sup>,

especialmente los/las menores. También mostraría el grado de madurez alcanzado por las Administraciones públicas al favorecer el desarrollo de un entorno protector hacia los/las menores trans, actuando como garantes de sus derechos. Sin embargo, el texto de la nota añade que solo los/las menores de edad con «suficiente madurez» y «en situación estable de transexualidad» pueden solicitar este cambio, por lo que la modificación no supone ningún avance.

En el ámbito sanitario, la legislación relativa a la autonomía del paciente<sup>6</sup> introduce la figura del menor maduro, como los menores emancipados o con 16 años cumplidos. Según esta ley, por debajo de los 12 años hay una presunción de falta de capacidad para decidir de forma autónoma. Entre los 12 y 16 años, la norma reconoce la posibilidad de actuación en el ejercicio de los derechos de la personalidad y en la toma de decisiones personales, siempre que el menor posea suficiente capacidad natural (capacidad de entendimiento y juicio necesario para comprender el alcance y las consecuencias del acto de que se trate y adoptar una decisión responsable). En el contexto de la salud, esta capacidad la decide un/una profesional sanitario/a, y en caso de dudas, un/una juez/a<sup>7</sup>.

Teniendo en cuenta la «suficiente madurez» de los/las menores, no parece que la modificación de esta ley evite un duro camino de discriminación hasta bien entrada la adolescencia; más aún si se debe cumplir la condición de «situación estable de transexualidad», arbitraria y sin definición avalada por la comunidad científica. El término «estable», según la Real Academia Española<sup>8</sup>, cuenta con tres acepciones y en ninguna se señala un límite temporal. Entonces, ¿durante cuánto tiempo una condición debe presentarse de manera mantenida para que sea considerada como estable? y ¿cuánto tiempo debe transcurrir para tener derecho a registrar una identidad afectivo-sexual?

Las Administraciones públicas, en un Estado democrático y plural como España, deberían ser capaces de asegurar el libre desarrollo de la personalidad de los/las menores conforme a la identidad autopercebida, evitando situaciones de sufrimiento e indefensión, en lugar de marginar sexualidades disidentes de la cisheteronormatividad. Visibilizar estas y otras situaciones de discriminación e injusticia, con gran impacto en la salud de las personas, constituye una de las funciones de la salud pública para evitar las inequidades en salud desde una perspectiva de diversidad afectivo-sexual<sup>9</sup>.

### Contribuciones de autoría

Las cinco personas firmantes han concebido y redactado la carta, han aprobado su versión final y son responsables de ella.

### Agradecimientos

A Concepción Tomás Aznar, cuya luz siempre nos guía e inspira.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Tribunal Constitucional.;1; Gabinete de prensa. Nota informativa N.º 93/2019. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: [https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP\\_2019\\_093/NOTA%20INFORMATIVA%20N%20C%20BA%2093-2019.pdf](https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2019_093/NOTA%20INFORMATIVA%20N%20C%20BA%2093-2019.pdf)

2. Ley 3/2007, de 15 de Mar, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5585-consolidado.pdf>
3. Constitución Española. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Artículo 10.1. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=10&fin=55&tipo=2>
4. Constitución Española. Capítulo segundo. Derechos y libertades. Sección 1a. De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. Artículo 18.1. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=18&tipo=2>
5. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, et al. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* 2017;31:175-7.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
7. Blasco Igual MC. El consentimiento informado del menor de edad en materia sanitaria. *Rev Bio y Der.* 2015;35:32-42.
8. Diccionario de la Real Academia Española. (Consultado el 26/7/2019.) Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=GikXRGw>
9. Gil-Borrelli CC, Obón B, Velasco C, et al. Terapias de conversión en España: entre la LGTB-fobia y la iatrogenia. *Gac Sanit.* 2019 Sep-Oct;33:495. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.003>. Epub 2019 Jun 14.

Blanca Obón-Azuara<sup>a,b,\*</sup>, Isabel Gutiérrez-Cía<sup>b,c</sup>,  
Cynthia Vergara Maldonado<sup>b,d</sup>, Víctor Solano-Sainz<sup>b,e</sup>  
y Ángel Gasch-Gallén<sup>b,f</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, España

<sup>b</sup> Grupo Interdisciplinar Independiente de Estudios de Género Aragón (GRIIEGA), Zaragoza, España

<sup>c</sup> Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, España

<sup>d</sup> Académica del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Austral de Chile

<sup>e</sup> Asesoría jurídica de ADAS, Servicio de Atención a la Diversidad Afectivo-Sexual de Towanda, colectivo LGTBQI de Aragón

<sup>f</sup> Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [blankaobona@hotmail.com](mailto:blankaobona@hotmail.com) (B. Obón-Azuara).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.005>

0213-9111/ © 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Mortalidad relacionada con características sociodemográficas y tierra cultivada de los municipios andaluces



### Mortality related to sociodemographic characteristics and cultivated land of Andalusian municipalities

Sr. Director:

El envío de esta carta está motivado por querer dar difusión a datos de un estudio realizado y también para señalar el papel importante que pueden tener los estudios ecológicos ante la imposibilidad o la dificultad de realizar estudios más complejos y costosos. Al existir en nuestro entorno una carencia de información sobre consumo alimentario comparable por entidades locales (municipios, comarcas o provincias), el estudio geográfico comparado de las superficie de tierra cultivada con olivos (hectáreas/habitantes) puede aportar información de interés por distintos

motivos: 1) permitir una clasificación sencilla de los municipios según el nivel de abundancia de este cultivo tradicional; 2) la anterior clasificación de municipios propicia el poder poner en relación y estudiar distintas variables poblacionales (morbimortalidad, consumo alimentario, sociodemográficas...) en muestras representativas de los mismos según la superficie cultivada; 3) Andalucía produce casi la mitad del aceite de oliva mundial, pero pese a ello no se ha evaluado el posible impacto en la salud de las diferencias en su consumo alimentario entre zonas geográficas; y 4) el cambio acelerado de los patrones alimentarios, sobre todo en las personas más jóvenes, está haciendo peligrar el mantenimiento de los buenos hábitos e incluso la extensión de los cultivos tradicionales, por lo que urge señalar evidencias y beneficios reconocidos de la llamada dieta mediterránea con el aceite de oliva como componente destacado<sup>1-4</sup>.

Nos hubiese gustado mostrar toda la información de este estudio con más detalle, pero solo ha sido posible en este formato de carta. El estudio ecológico, que presentamos aquí de forma resumida, ana-