

Original

Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español

Isabel Esteva de Antonio^{a,*}, Esther Gómez-Gil^b, M.^a Cruz Almaraz^a, Juana Martínez-Tudela^c, Trinidad Bergero^c, Gabriel Olveira^a, Federico Soriguer^a y Grupo GIDSEEN[◇]

^a Endocrinología, Unidad de Transexualidad e Identidad de Género de Andalucía, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^b Psiquiatría, Unidad de Identidad de Género de Cataluña, Hospital Clínic, Barcelona, España

^c Psicología, Unidad de Transexualidad e Identidad de Género de Andalucía, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de julio de 2011

Aceptado el 26 de octubre de 2011

On-line el 7 de marzo de 2012

Palabras clave:

Transexualidad

Unidades de identidad de género

Reasignación sexual

Disforia de género

Servicios de salud

Keywords:

Transsexualism

Gender identity units

Sex reassignment

Gender dysphoria

Health care services

R E S U M E N

Objetivo: El reconocimiento del transexualismo como una condición clínica que debe ser atendida de forma disciplinaria es hoy una realidad bien establecida, pero la implementación de la atención sanitaria institucional dista mucho de haberse generalizado en España. El objetivo es conocer la situación actual de la organización asistencial a la transexualidad en el sistema sanitario público español.

Método: Estudio descriptivo con los datos aportados por Grupo de la Sociedad Española de Endocrinología sobre Identidad y Diferenciación Sexual (GIDSEEN). Se describe la dotación en las comunidades autónomas cuyas consejerías de salud han creado unidades específicas de atención a estos trastornos.

Resultados: Nueve comunidades (55%) diseñan actuaciones, aunque sólo cuatro contemplan cirugías genitoplásticas. La primera en incluir todas las cirugías de reasignación sexual es Andalucía (año 1999). Madrid y Cataluña inician también en esta fecha atención especializada en salud mental y endocrinología, y no incluyen intervenciones y reconocimiento oficial hasta 2007 y 2008, respectivamente. A partir de 2007 se van incorporando otras autonomías. En este trabajo se registran 3303 pacientes (proporción: 1,9/1 transexuales hombre-mujer/transexuales mujer-hombre) y 864 actos quirúrgicos. La composición y dedicación de los especialistas, y la cartera de servicios, son muy diferentes en cada comunidad.

Conclusiones: La distribución geográfica y la oferta terapéutica son dispares, con escasa incorporación de procedimientos genitoplásticos en la mayoría de comunidades. El número de solicitudes supera los cálculos estimados por el Sistema Nacional de Salud.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Organization of healthcare for transsexual persons in the Spanish national health system

A B S T R A C T

Objective: Recognition of transsexuality as a clinical entity for which medical attention should be available is currently a well-established reality, but institutional care has not been uniformly instituted throughout Spain. The aim of the present study was to determine the current situation of healthcare for transsexualism in the publicly-funded health service in Spain.

Materials and methods: A descriptive study based on data provided by the Spanish Society of Endocrinology Group on Identity and Sexual Differentiation was performed. The resources in the regions that have created specific gender units for these disorders are described.

Results: Nine autonomous regions (55%) have started to provide various procedures, although only four provide genitoplastic procedures. The first region to include all sex reassignment surgeries was Andalusia (year 1999). At the same time, Madrid and Catalonia also began to provide specialized mental health care and endocrinology but did not include surgical procedures until 2007 and institutional recognition until 2008. Since 2007 other regions have incorporated healthcare for transsexual patients. Overall, 3,303 patients (a male-to female/female-to-male transsexual ratio of 1.9/1) and 864 surgical procedures have been registered in this study. The composition and proportion of working hours of specialists, as well as the kinds of treatments provided, differ widely in each region.

Conclusions: The geographical distribution of healthcare to transsexual persons and the services provided vary. Few regions offer genitoplastic procedures. The number of applicants exceeds the number estimated by the national health system.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: miesteva@wanadoo.es (I. Esteva de Antonio).

◇ En el Anexo 1 se incluye los componentes del grupo.

Introducción

La transexualidad se define dentro de las clasificaciones internacionales de enfermedades CIE-10 y DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición) como un trastorno de la identidad sexual caracterizado por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, por un malestar persistente con el propio sexo y un sentimiento de inadecuación con el rol genérico que provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento^{1,2}.

Con la publicación en 1966 del libro *The Transsexual Phenomenon* por Harry Benjamín³, en Estados Unidos se inicia la evaluación y atención clínica de los pacientes con trastornos de la identidad sexual de una manera disciplinar. Sin embargo, aún hoy, en este país la mayor parte de la atención a las personas transexuales se produce fuera del sistema asistencial público⁴. A finales de la década de 1970, algunos países europeos crean unidades específicas de atención a la transexualidad, por ejemplo Holanda, Italia, Bélgica, Reino Unido, Alemania y países escandinavos dentro del sistema sanitario público^{4,5}.

Desde el punto de vista legal, en 1983 España introduce la primera ley que exige de responsabilidad penal al médico que realice un tratamiento quirúrgico de reasignación sexual. A partir de 1987 es posible en nuestro país la rectificación del sexo y nombre en los documentos legales tras un procedimiento judicial cuya sentencia fuera favorable (habitualmente tras haberse completado la reasignación quirúrgica). En marzo de 2007 el Congreso de los Diputados aprueba una ley reguladora de la rectificación registral del sexo en el DNI cuando la persona solicitante cumple dos requisitos: 1) haber sido diagnosticada de disforia de género y 2) haber sido tratada médicamente durante al menos 2 años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo solicitado; se exonera de estos requisitos a todo aquel que acredite haberse realizado cirugía de reasignación sexual con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley⁵.

Más información sobre la visibilidad social de la transexualidad en España, la necesidad de integración de la atención sanitaria en el sistema público y las connotaciones antropológicas, culturales y morales que la asunción de la responsabilidad asistencial comporta, han sido publicadas en un libro monográfico reciente en el que han participado la mayoría de profesionales españoles expertos en el tema⁵.

Actualmente hay un amplio debate sobre la terminología más adecuada para identificar y clasificar esta condición clínica y sobre la inclusión o no de la transexualidad en el próximo DSM-V; debate todavía no resuelto⁶. En las unidades existentes en España aún se asumen la terminología y las formas de clasificación vigentes.

En nuestro país, la atención sanitaria a los pacientes transexuales ha estado hasta fechas recientes fuera del sistema sanitario público. Algunos conseguían ser operados por cirujanos privados, pero la organización y atención de estos pacientes carecía de rigor disciplinario y sobre todo de evaluación y garantía de calidad. Andalucía fue la primera comunidad autónoma en incorporar la atención integral a la transexualidad en el sistema sanitario público en 1999. Otras comunidades autónomas (CC.AA.), como Cataluña y Madrid, lo hacen de forma gradual desde el año 2000, y algunas más inician la atención a estos pacientes en equipos dentro de la sanidad pública a partir de 2007, pero sin incluir todavía las cirugías genitoplásticas en la mayoría de estas nuevas unidades⁵.

La asistencia sanitaria recomendada en los últimos años para las personas transexuales debe ser multidisciplinaria, en estructuras organizadas y de acuerdo a los estándares de cuidados de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), actualmente denominada World Professional

Association Transgender Health (WPATH), asociación que acaba de publicar la última actualización de sus recomendaciones⁷. Estos estándares recomiendan que el *gender team* reúna al menos los requisitos siguientes:

- Estar compuestos por especialistas en psicología, psiquiatría, endocrinología y cirugía con experiencia en disforia de género.
- El trabajo debe ser multidisciplinario y realizarse en equipo, es decir, sobre protocolos consensuados y decisiones negociadas en el contexto de sesiones clínicas programadas.
- Puesto que la reasignación médica y quirúrgica de los caracteres sexuales es un paso irreversible y de gran trascendencia social, biológica y personal, el ejercicio del consentimiento informado debe ser algo más que un trámite legal o procedimental y ha de convertirse en una pieza clave de la relación médico-paciente.
- El proyecto diseñará ya desde su inicio una estructura que permita su evaluación periódica, es decir, la garantía mínima de calidad.

En nuestro país, las publicaciones con información institucional sobre la realidad asistencial para la población transexual, en el ámbito de la sanidad pública, son casi inexistentes. Algunas unidades más antiguas han publicado su experiencia⁵ y contrastado resultados. Por parte de otros equipos, recientemente constituidos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, se dispone de muy escasa información; es por esta razón que resulta necesario realizar esta investigación en España con el objetivo de conocer la actual organización asistencial para la transexualidad.

Método

Estudio transversal descriptivo sobre la situación asistencial de la transexualidad en el sistema sanitario público español, basado en un cuestionario elaborado por el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN). El grupo GIDSEEN es multidisciplinario, formado por endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos pediátricos y cirujanos. El cuestionario fue remitido el mes de abril de 2011 a las Unidades de Identidad de Género creadas en las consejerías de salud de algunas CC.AA. y respondieron todos los equipos entrevistados. Estas CC.AA. son en la actualidad Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid, Navarra, Comunidad Valenciana y País Vasco.

Las variables incluidas en el cuestionario fueron:

- Fecha de puesta en marcha de cada equipo.
- Lugar de ubicación de las unidades.
- Forma de acceder de los solicitantes a cada centro.
- Profesionales implicados (número y especialidad).
- Tiempo de dedicación por semana.
- Número de solicitudes atendidas.
- Proporción por sexo de nacimiento de los pacientes (transexuales hombre-mujer/transexuales mujer-hombre, THM/TMH).
- Existencia de coordinador/a de la unidad.
- Cartera de servicios, detallando la inclusión o no de intervenciones de reasignación sexual.
- Número de intervenciones realizadas hasta el momento del cuestionario y el tipo de éstas: mamoplastia de aumento y vaginoplastia para THM y mastectomía, histerooforectomía y genitoplastia masculinizante para TMH.
- Otras intervenciones: comisuroplastias, tirocondroplastias, cirugías faciales y secundarias (restos posmastectomía, fístulas, estenosis uretrales posgenitoplastias masculinizantes o reintervenciones posgenitoplastia feminizante).

En el cuestionario no se incluyeron datos identificativos ni sociodemográficos de los pacientes.

Todas las unidades existentes en España y aquí estudiadas aplican los estándares terapéuticos y plazos recomendados por la WPATH⁷ para la atención sanitaria durante el proceso de reasignación sexual de estos pacientes^{5,8,9}.

Todos los datos del cuestionario se analizaron mediante el programa Excel 2007. Se calcularon frecuencias absolutas o relativas, o ambas, para describir los resultados.

Resultados

El 55% de las CC.AA. españolas presentan un protocolo de atención a los trastornos de identidad de género y sólo cuatro de ellas (23%) incorporan la cirugía genitoplástica. Andalucía, como se ha comentado en la introducción, fue la primera que incorporó en 1999 en su cartera de servicios la atención integral de pacientes transexuales (incluyendo, por tanto, la cirugía reconstructiva genital). El hospital donde se ubica es el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Otras CC.AA., a pesar de abarcar amplios núcleos poblacionales y de desarrollo, y de disponer de equipos clínicos también desde estas fechas (año 2000), como es el caso de Cataluña (Hospital Clínic, Barcelona) o de Madrid (Hospital Ramón y Cajal), no han sido reconocidas oficialmente como unidad ni se han integrado las cirugías hasta el año 2007. En concreto, en Cataluña, la inclusión quirúrgica no se ha producido hasta el año 2008, y las intervenciones genitoplásticas están sometidas últimamente a variaciones presupuestarias. La cuarta autonomía que ha incorporado la cirugía genitoplástica es el País Vasco, en 2008, centralizando la unidad multidisciplinaria en el Hospital Universitario de Cruces de Barakaldo.

En Aragón, desde 2007, la unidad está adscrita al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, con protocolos de actuación conjunta, pero espacios físicos distantes para salud mental, endocrinología y los colaboradores quirúrgicos ocasionales que, en este caso, son especialistas en urología y ginecología, proceden de otros centros hospitalarios de la ciudad. Incluyen en su cartera la posibilidad de intervenciones parciales (no genitoplásticas).

En Asturias centraliza su unidad en el Hospital San Agustín de Avilés, con unificación del equipo de endocrinología y salud mental, compartiendo espacios de consulta y sesiones clínicas. No ofrece procedimientos quirúrgicos.

En la Comunidad Valenciana hay dos unidades desde 2008, una en Valencia, adscrita al área del Hospital Dr. Peset (que asume también los casos de Castellón), y otra en el Hospital de Alicante. Ambas coordinan actividades entre salud mental y endocrinología, pero no desarrollan su trabajo clínico en un centro unificado. Se incluye la prestación de todas las intervenciones excepto las genitoplásticas.

Desde 2008, en las Islas Canarias se ha establecido una unidad de atención a pacientes transexuales en dos provincias, Tenerife, en el Hospital Universitario de Canarias, y Las Palmas, en el Complejo Hospitalario Materno Insular. Se contempla el diagnóstico y tratamiento hormonal, pero en cuanto a intervenciones sólo ofertan histerooforectomías en TMH.

Navarra incorpora recientemente (2010) su actividad al Complejo Hospitalario Virgen del Camino de Pamplona, con espacios comunes para endocrinología y salud mental, pero no contempla la cirugía genital.

En la **tabla 1** se muestra la constitución y disponibilidad del personal de cada unidad. Se han ordenado las unidades en función de su fecha de puesta en marcha. Además, presenta la dotación de especialistas de los equipos, la existencia o no de coordinador/a y la disponibilidad semanal de sus miembros para la atención específica a personas transexuales. Todas estas unidades disponen de especialistas en psicología o psiquiatría para las actuaciones en la

fase diagnóstica, y de especialistas en endocrinología para el tratamiento hormonal cruzado. Algunos equipos, como los de Andalucía, Asturias, Cataluña o Madrid, dedican tiempo y espacio exclusivos para la asistencia de estas personas. Pero otras CC.AA., como Aragón, Canarias, Navarra, Comunidad Valenciana y el País Vasco, simultanean la atención a sus pacientes transexuales con la del resto de los pacientes con patología endocrinológica, psiquiátrica o quirúrgica de cada día, y no agrupan todos los especialistas en el mismo centro sanitario.

La admisión de los casos en estas unidades requiere casi siempre estar empadronados en la comunidad receptora. Algunas unidades, como la de Madrid, han sido variables en el requerimiento de esta certificación. Otras, como el País Vasco o Cataluña, no exigen un tiempo determinado para este empadronamiento. En Andalucía no es prioritario el certificado de residencia, sino la tramitación de la solicitud desde cualquier área sanitaria nacional, mediante el fondo de cohesión del SNS intercomunidades; ésta ha sido la fórmula adoptada hasta hoy por Aragón, Asturias, Navarra, Comunidad Valenciana, Murcia, ambas Castillas y Extremadura para derivar a sus pacientes a la comunidad andaluza.

La **tabla 2** recoge la casuística actual y la oferta quirúrgica de cada unidad. Se han ordenado las CC.AA. de acuerdo con la fecha en la que se abre la unidad y, entre paréntesis, la fecha en la que se inicia la actividad quirúrgica. Al final de la tabla se han situado las CC.AA. que no ofrecen o, en la fecha de esta investigación, no han realizado ninguna intervención. En varias comunidades, el inicio de la actividad clínica se ha combinado con la quirúrgica, y en otras como Cataluña o la de Madrid ha sido diferido (**tabla 2**), explicándose así la casuística de solicitudes acumulada a fecha de hoy en estas dos unidades.

Como muestra la tabla, el número de casos atendidos es muy variable y la razón por sexos es aproximadamente de 2/1 (THM/TMH) en la mayoría de las unidades. La actividad quirúrgica integral se limita a las comunidades de Andalucía, Cataluña y la de Madrid. En el País Vasco hasta ahora sólo se lleva a cabo cirugía reconstructiva genital en las mujeres transexuales. La Comunidad Valenciana y Navarra ofertan intervenciones parciales (sólo mastectomías e histerooforectomías en hombres transexuales). En Asturias, Aragón y Canarias la disponibilidad quirúrgica pública es prácticamente nula. También se observa variabilidad en la inclusión de la mamoplastia de aumento entre las intervenciones ofertadas. Andalucía y Cataluña no la incluyen en sus prestaciones, mientras que otras CC.AA. como la valenciana o Navarra, que no realizan cirugía genitoplástica financiada, sí proporcionan prótesis mamarias a las mujeres transexuales.

Discusión

Este trabajo pone de manifiesto que, a pesar de la creciente incorporación de la prestación sanitaria a la transexualidad en España, el tratamiento integral (diagnóstico y psicoterapia, tratamiento hormonal cruzado e intervenciones de reasignación sexual) no se oferta por igual en todas las unidades actuales.

La demanda global de solicitudes y el número de intervenciones quirúrgicas totales o parciales que se han practicado se recogen en cada unidad desde su inicio.

De los datos aportados se conoce el número de solicitantes en las zonas estudiadas de nuestro país. Si se tiene en cuenta que uno de los procedimientos más importantes en la reasignación sexual es el quirúrgico, puede deducirse que las propuestas de equidad en la atención a estas personas no se cumplen en todas las regiones, especialmente por la carencia de intervenciones genitoplásticas de forma casi generalizada. La distribución geográfica observada en este estudio pone también de manifiesto la dificultad de accesibilidad de muchas personas transexuales a unidades de su entorno

Tabla 1
Distribución geográfica de las unidades de identidad de género en España según comunidad autónoma, año de constitución y composición, y disponibilidad de su personal sanitario

Comunidad Autónoma, año de inicio	Equipo	N.º de especialistas	Días/semana	Coordinador/a			
Andalucía, 1999: H.R.U. Carlos Haya, Málaga	Psicología	2	2	Sí			
	Endocrinología	2					
	DUE	1					
	Cirugía plástica	2					
	Cirugía general	1					
	Ginecología	2					
	Auxiliar	1					
	administrativo	1					
	Cols.: Urología	1					
	Cataluña, 2000: H. Clínic, Barcelona	Psicología			1	2	Sí
Psiquiatría	1						
Endocrinología	2						
Cirugía plástica	2						
Ginecología	1						
C. Madrid, 2000: H. Ramón y Cajal, Madrid	Psicología	2	1-2	Sí			
	Endocrinología	2					
	DUE	2					
	Cirugía plástica	2					
	Ginecología	2					
	Auxiliar	1					
	administrativo	1					
	Cols: Urología, ORL	1					
	Aragón, 2007: H. Miguel Servet, Zaragoza, y otros	Psicología			2	1	Sí
	Psiquiatría	1					
Endocrinología	2						
Urología	2						
Ginecología	2						
Asturias, 2007: H. San Agustín, Avilés	Psicología	2	1	Sí			
	Endocrinología	1					
	DUE	1					
País Vasco, 2008: H.U. Cruces, Barakaldo	Psiquiatría	1	0,25	No			
	Endocrinología	1					
	Cirugía plástica	1					
	Ginecología	1					
C. Valenciana, 2008: H. Alicante, Alicante	- Alicante: Psicología	1	0,5	Sí			
	Endocrinología	1					
	H. Dr. Peset, Valencia	- Valencia: Psicología	1	0,5	Sí		
		Endocrinología	1				
		Ginecología	1				
Islas Canarias, 2008: H.U. Canarias, Tenerife, y H. Materno Insular, Las Palmas	Cirugía general	1	1	No			
	Psicología	1					
	Endocrinología	1					
	Cols: Urología,	1					
	Ginecología	1					
Navarra, 2010: C.H. Virgen del Camino, Pamplona	Cirugía general	1	0,25	Sí			
	Psicología	1					
	Psiquiatría	1					
	Endocrinología	2					
	Enfermería	1					
	Auxiliar	1					
	administrativo	1					
	Enfermería	1					
	educador	1					
	Cols: Urología,	1					
	Cirugía plástica,	1					
	Ginecología,	1					
	Cirugía general	1					

geográfico, ya que hay un amplio territorio nacional que no ofrece cobertura alguna al colectivo transexual.

El número total de solicitudes de las nueve CC.AA. (3303 casos) recogido en este trabajo supone, si tomamos como denominador el total de la población española de 15-65 años, una prevalencia de 1/10.000 habitantes, cifras similares a las de la literatura europea¹⁰⁻¹³ y a las ya publicadas por las unidades de Andalucía y Cataluña en 2006¹⁴⁻¹⁶, y claramente superiores a las estimadas tanto por las agencias sanitarias nacionales como por las autonómicas^{18,19}. El cálculo inicial^{18,19} ya infraestimó la prevalencia, a la vista de los casos que se han ido acumulando en Andalucía y

Cataluña^{14,15}, y presuponía una cifra total para toda España similar al número encontrado en este trabajo para sólo nueve CC.AA.

El número de solicitudes en este estudio se ha distribuido de forma muy variada y no ajustada a la población de cada CC.AA. Es probable que este hecho haya estado influenciado por la diferente oferta terapéutica de las unidades actuales. La no inclusión de la cirugía en varias regiones condiciona que los casos sean atendidos en otra comunidad, en la sanidad privada o nunca hayan solicitado atención sanitaria, de manera que es difícil conocer la cuantía real de personas transexuales en España. Dificultades similares se describen en todas las publicaciones que hacen referencia a los

Tabla 2

Demanda en cada unidad desde su constitución. Oferta, actividad quirúrgica y fecha de inicio de las intervenciones

Comunidad Autónoma, año de inicio (año de la 1.ª intervención)	N.º de solicitudes	Proporción THM/TMH	Oferta quirúrgica y n.º de intervenciones realizadas	
Andalucía, 1999 (2000)	1.117	1,6/1	Todas excepto mamoplastia	
			Mastectomía	117
			Histerooforectomía	83
			Genitoplastia masculinizante	24
			Genitoplastia feminizante	131
			Otras intervenciones	69
			Total	424
C. Madrid, 2000 (2007)	656	2,1/1	Todas	
			Mamoplastia	35
			Mastectomía	16
			Histerooforectomía	19
			Genitoplastia masculinizante	4
			Genitoplastia feminizante	21
			Otras intervenciones	107
			Total	202
Cataluña, 2000 (2008)	730	2,1/1	Todas excepto mamoplastia y tirocondroplastia	
			Mastectomía	37
			Histerooforectomía	40
			Genitoplastia masculinizante	3
			Genitoplastia feminizante	40
			Total	120
P. Vasco, 2008 (2009)	73	1/1	Todas excepto genitoplastia masculinizante	
			Mamoplastia	5
			Mastectomía	7
			Histerooforectomía	
			Genitoplastia feminizante	4
			Total	16
C. Valenciana, 2008 Alicante	115	2/1	Todas excepto genitoplastias	
			Mamoplastia	
			Mastectomía	
			Histerooforectomía	
			Total	0
Valencia (2008)	151	2/1	Todas excepto genitoplastias	
			Mamoplastia	39
			Mastectomía	27
			Histerooforectomía	11
			Otras intervenciones	25
			Total	102
Aragón, 2007	15	2/1	Sólo histerooforectomías	0
Asturias, 2007	70	2/1	Ninguna.	
Islas Canarias, 2008	350	2,6/1	Sólo histerooforectomías	0
Navarra, 2010	26	2/1	Todas excepto genitoplastias	
			Mamoplastia	
			Mastectomía	
			Histerooforectomía	
			Total	0
Total	3.303	1,9/1	Total	864

THM/TMH: transexuales hombre-mujer/transexuales mujer-hombre.

momentos iniciales de funcionamiento en otras unidades de países de nuestro entorno^{20,21}.

Destacan los datos de las Islas Canarias, donde la prevalencia es superior a la de otras comunidades. Esto podría estar justificado por la existencia desde el año 2000 de una consulta impulsada por el Centro de Estudios Sexológicos (CESEX), Universidad de La Laguna, y el servicio de andrología del Hospital Universitario de Canarias.

La cifra de solicitudes nuevas en los primeros años de funcionamiento de cada unidad suele reflejar la bolsa histórica local de pacientes²²⁻²⁴. No obstante, dado que ya hay unidades en el territorio español con 10 años de historia donde pueden haber recibido asistencia pacientes de otras CC.AA., y que el acceso a algunas unidades actuales está restringido, los datos recogidos en este trabajo pueden no reflejar la cifra real de personas transexuales por área geográfica. En cuanto a la razón de solicitantes por sexo biológico, los resultados globales en España son similares a los datos ya publicados para Andalucía y Cataluña y en Europa²⁴.

Sería útil disponer de un registro nacional de casos, al menos en los atendidos en el ámbito del SNS. El respeto a la intimidad

de las personas afectadas, la constante movilidad de este colectivo en busca de atención sanitaria y la reciente incorporación de la atención sanitaria organizada han sido algunos de los motivos esgrimidos para justificar la ausencia actual de estos registros.

Este trabajo evidencia la distinta composición de los equipos y la diferente dedicación de sus miembros. Sin embargo, resulta paradójico que unidades con un gran volumen de casos disponen de una proporción de profesionales por paciente claramente inferior a otras cuya prevalencia actual es muy baja. Los datos epidemiológicos aportados por las unidades más antiguas²⁴, muy superiores a los cálculos estimados hace años^{18,19}, y la complejidad del tema a tratar, han podido ser la causa de la mayor dotación de profesionales en las unidades de nueva creación.

El 55% de los profesionales no incorporan intervenciones genitales y sus equipos no trabajan juntos en el mismo centro hospitalario, lo cual puede dificultar la intercomunicación entre ellos.

La incorporación de la cirugía genital es todavía muy escasa en el territorio nacional, y cuando ésta se contempla, el número de intervenciones realizadas al año es muy bajo, como es el caso de Madrid o el País Vasco. Los limitados resultados funcionales para las

genitoplastias masculinizantes podrían justificar el escaso número de hombres transexuales que, una vez informados, recurren a ellas en Andalucía, Cataluña o Madrid. Pero no hay una explicación clara para el bajo número de vaginoplastias aportado en mujeres transexuales de algunas CC.AA. (tabla 2). Algunas unidades derivan sus casos de cirugía a otros centros (p. ej., desde Asturias o Aragón a Andalucía). En otras se especula que los pacientes recurren a la cirugía privada en su ámbito cercano (Cataluña o Comunidad Valenciana) e incluso en países tan distantes como Tailandia (información referida desde la comunidad canaria), con el coste económico que supone para éstos y las dificultades del control en el seguimiento en caso de complicaciones posquirúrgicas¹⁷.

La colaboración con los servicios de ginecología para la histeroforesctomía en los hombres transexuales se ha incluido de forma sistemática en la mayoría de los equipos y está siendo muy eficiente en casi todas las CC.AA.

El número de intervenciones que engloba el capítulo de otras cirugías (tirocondroplastias, comisuropplastias, retoques posmastectomía, estenosis, fístulas etc.) parece elevado, sobre todo si se compara en algunas unidades (como en Madrid) con la cifra de genitoplastias. Esta frecuencia de intervenciones no primarias puede explicarse siempre que sea complementaria a procedimientos quirúrgicos complejos, sobre todo genitoplásticos, o si el centro es receptor de casos que requieren reintervenciones. Algunas unidades, como la de Madrid, ofertan además cirugía reconstructiva facial y laríngea, técnicas que no están incluidas en el resto de las CC.AA. que practican intervenciones genitales de reasignación de sexo.

Sorprende la diferente inclusión de la mamoplastia de aumento en las mujeres transexuales, ya que los tiempos quirúrgicos y la disponibilidad de cirujanos plásticos requerida para incorporar esta técnica no ha favorecido, sin embargo, que éstos realicen genitoplastias feminizantes, por ejemplo, en la Comunidad Valenciana o en Navarra. Esta disparidad de criterios demuestra la escasa coordinación de decisiones en el seno de un consejo regulador desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y la necesidad de ampliar la formación y dedicación de los cirujanos plásticos en la sanidad pública para las intervenciones genitales reconstructivas.

Conclusiones

La vía más razonable para homogeneizar las prestaciones, sobre todo con respecto al tratamiento quirúrgico de los trastornos de identidad de género, sería una iniciativa de equidad por parte del consejo interterritorial, como así se diseñó desde la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y desde algunas comisiones ministeriales^{18,19}. Se ha sugerido también desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la creación de unidades de referencia institucionales en el medio sanitario, sin llegar a conclusiones definitivas. En la actualidad, Andalucía trabaja prácticamente como si lo fuera para un amplio ámbito territorial en España.

La alternativa a la situación actual no es la apertura de unidades en todas las CC.AA., por lo menos no de forma inmediata, pero sí un despliegue de éstas con criterios de equilibrio territorial, que facilite el acceso de cada paciente a las unidades más próximas a su entorno geográfico, que dote a cada unidad de acuerdo a sus necesidades objetivas y finalmente incorpore, al menos progresivamente, la atención integral quirúrgica.

Algunas CC.AA. comenzaron la actividad clínica hace años sin respaldo de la dirección del hospital o de sus consejerías. Y muchos profesionales sanitarios no sólo han ignorado el problema, sino que incluso se han posicionado ideológicamente de forma objetora⁵. La corta existencia de algunas de las unidades aquí descritas podría justificar el no haber incluido todavía equipos especializados en

técnicas microquirúrgicas genitoplásticas. Sería necesario un estudio o seguimiento prospectivo para valorar también la actitud de las autoridades sanitarias ante esta situación.

Una de las limitaciones de este estudio es la carencia de datos sociodemográficos y la dificultad de deducir la demanda quirúrgica real en cada unidad. Es previsible que, una vez cumplidos los plazos y criterios de elegibilidad para el tratamiento quirúrgico en las personas transexuales atendidas en cada equipo, el porcentaje de solicitudes de intervenciones será similar a los porcentajes ya publicados por otras unidades españolas^{5,7,24}.

De acuerdo con los datos actuales expuestos en este trabajo, si se amplía la incorporación de ofertas quirúrgicas genitoplásticas y se racionaliza de forma geográfica la admisión de casos en las unidades existentes, con toda seguridad no está lejos el día en que podamos hablar de una asistencia plenamente normalizada y acorde con los estándares reconocidos por las asociaciones internacionales^{6,7}.

La investigación de grupos de trabajo como el GIDSEEN permitirá además avanzar en el conocimiento de las características sociodemográficas y las necesidades terapéuticas de las personas transexuales que soliciten ser atendidas en el sistema sanitario público español.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Tema de reciente actualidad en España, con muy poca información entre los profesionales sanitarios, salvo aquellos implicados en las unidades existentes. Tema de gran complejidad clínica con gran heterogeneidad en el diseño de las unidades de atención a la transexualidad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Añade información actualizada sobre la política actual en el sistema sanitario público español para atención a la transexualidad y la realidad de las prestaciones ofertadas en las unidades existentes. No hay datos en España publicados sobre el proceso de reasignación sexual. Reflexiona sobre las necesidades asistenciales reales para futuras políticas de salud.

Contribuciones de autoría

I. Esteva de Antonio ha diseñado el trabajo y recogido los datos, coordina el Grupo GIDSEEN y ha elaborado la base del manuscrito. E. Gómez-Gil, M.C. Almaraz y J. Martínez-Tudela pertenecen al grupo GIDSEEN, y han colaborado en la adquisición de datos y la interpretación de éstos, así como en la elaboración del documento. T. Bergero, G. Oliveira y F. Soriguer Escofet han colaborado en el trabajo de campo y en la revisión del manuscrito. Los miembros del Grupo GIDSEEN han aportado la información necesaria para disponer de los datos.

Financiación

Colaboración de Beca del Ministerio de Igualdad (Instituto de la Mujer) IMG 2009-PI040964.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al estímulo de la Sociedad Española de Endocrinología (SEEN).

Anexo 1.

Grupo Español de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN): M.C. Almaraz (Andalucía), J.A. Álvarez-Diz (Asturias), L. Audí (Cataluña), A. Becerra (C. Madrid), L. Castaño (P. Vasco), I. Esteva (Andalucía), M. Fernández Sánchez-Barbudo (I. Canarias), M. Gómez-Balaguer (C. Valenciana), E. Gómez-Gil (Cataluña), F. Hurtado (C. Valenciana), J.P. López-Siguero (Andalucía), J. Martínez-Tudela (Andalucía), O. Moreno-Pérez (C. Valenciana), C. Sanisidro (Aragón), M. Toni (Navarra) y F. Vázquez-San Miguel (P. Vasco).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p. 210.
- World Health Organization multiaxial version of ICD-10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992. p. 168-70.
- Benjamín H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press; 1966. p. 152.
- Corneil TA, Einfeld JH, Botzer M. Reposed changes to diagnoses related to gender identity transgender health. Consensus paper regarding the potential impact on access to health care for transgender persons. *Int J Transgenderism*. 2010;12:107-14.
- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I. *Ser transexual*. 2.ª ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2006. p. 538.
- Kreukels BPC, Haraldsen IR, De Cuyper G, et al. A European network for the investigation of gender incongruence. The ENIGI initiative. *European Psychiatry* 2010. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009 (Consultado en octubre de 2011.) Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiImageURL&cid=272152&user=1595673&pii=S0924933810001173&.check=y&origin=&.coverDate=09-Jul2010&view=c&wchp=dGLzVlk-zSkzV&md5=2adce3e5c121965df0f3cb0695b430da/1-s2.0-S0924933810001173-main.pdf
- The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. (Actualizado en septiembre de 2011; consultado en octubre de 2011.) Disponible en: <http://www.wpath.org/documents/socv7-2011.pdf>
- Becerra A. Transexualismo. Grupo de trabajo sobre trastornos de identidad de género. *Endocrinol Nutr*. 2003;50:19-33.
- Hurtado Murillo F. La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad. *Sexología Integral*. 2009;6:86-90.
- Garrels L, Köckott G, Michael N, et al. Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:445-8.
- Olsson SE, Möller AR. On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav*. 2003;32:381-6.
- van Keesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. 1996;25:589-600.
- De Cuyper G, Van Hemelrijck M, Michel A, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007;22:137-41.
- Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía: especial atención al grupo de adolescentes. *C Med Psicossom*. 2006;78:65-70.
- Gómez-Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, et al. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:295-302.
- Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, et al. Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Arch Sex Behav*. 2010;39:546-52.
- Gómez-Gil E, Esteva I, Carrasco R, et al. Birth order and ratio of brothers to sisters in Spanish transsexuals. *Arch Sex Behav*. 2010;40:505-10.
- AETS. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Informe elaborado por el panel de expertos sobre trastornos de la identidad de género (con atención especial a la cirugía de reasignación de sexo). Madrid; 2002.
- AETSA. Trastornos de identidad de género en Andalucía. Informe del Grupo de Trabajo Andaluz sobre Trastornos de Identidad de Género. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 1999. (Consultado en octubre de 2011.) Disponible en: <http://www.elhombretransexual.es/archivos%20PDF/atencion%20sanitaria%20en%20Andalucia.pdf>
- Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Br J Psychiatry*. 1971;119:195-6.
- Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 1988;152:638-40.
- Esteva I, Bergero T, Giraldo F, et al. Unidad de trastornos de identidad de género en Andalucía. Experiencia de un año de funcionamiento. *Endocrinol Nutr*. 2002;49:71-4.
- Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, et al. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2009;38:378-92.
- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, et al. Equipos de Identidad de Género de Andalucía y Cataluña. The demand for health care services in the gender identity units of Andalusia and Catalonia during the period of 2000 to 2009. *Rev Clin Esp*. 2011;211:233-9.

doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.021

Comentario

Comentario: Desigualdades territoriales en la atención sanitaria a la transexualidad en España[☆]

Comment: Regional inequality in healthcare for transsexual persons in Spain

Mercedes Carrasco-Portiño

Grupo de Investigación de Salud Pública y Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Universidad de Alicante, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España. Departamento de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Concepción, Chile

En este número de GACETA SANITARIA, Esteva et al.¹ presentan un estudio que nos permitirá conocer la situación actual de la organización asistencial a la transexualidad en el sistema sanitario público de España.

[☆] Comentario a: Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit* 2011;26:203-209.

Correo electrónico: mercedes.carrasco@ua.es

Como bien plantea este artículo, se han venido realizando esfuerzos desde 1983, primero con la ley que eximía de responsabilidad penal al médico que realizase un tratamiento quirúrgico de reasignación sexual¹. Sin embargo, no fue hasta la Ley 3/2007, de 15 de marzo, que se permitió el cambio de sexo en el registro civil, prevaleciendo el criterio legal a favor del sexo psicosocial, que hasta entonces se ignoraba².

Cabe destacar que desde 1999 se han atendido en España 3.303 personas, con una proporción de 1,9/1 transexuales hombre-mujer/mujer-hombre. Además, se han realizado 864 actos