

## Transexualidad: un reto para el sistema sanitario español



Esther Gómez Gil y Josep-Maria Peri Nogués

*Instituto de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona.*

La transexualidad o trastorno de la identidad sexual se define, según las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades CIE-10 y DSM-IV, como un trastorno mental caracterizado por una identificación acusada y persistente con el sexo opuesto, por un malestar persistente con el propio sexo y por un sentimiento de inadecuación con el rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. El diagnóstico se establece generalmente cuando además se descarta una enfermedad intersexual<sup>1-3</sup>, aunque existen excepciones en casos particulares de cromosopatías o hipogonadismos<sup>4</sup>.

El tratamiento de este trastorno está basado en la terapia hormonal y en la cirugía de reasignación sexual (mamoplastia de aumento y vaginoplastia en transexuales anatómicamente varones, y mastectomía, histerectomía, ooforectomía y genitoplastia masculinizante en transexuales anatómicamente mujeres)<sup>4-6</sup>. La evaluación psicológica y psiquiátrica es prioritaria para establecer el diagnóstico y la psicoterapia debe estar orientada a favorecer la adaptación al nuevo rol genérico. De hecho, la terapia psicológica orientada al cambio de sexo ha demostrado ser totalmente ineficaz<sup>7</sup>.

En 1983 se introdujo en España la primera ley que eximía de responsabilidad penal al médico que realizase el tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo. Desde entonces, la demanda de reasignación de sexo en nuestro medio se ha ido incrementando progresivamente. Estos pacientes suelen solicitar atención psiquiátrica y endocrinológica en hospitales públicos, aunque dadas las dificultades que encuentran por parte de algunos especialistas en endocrinología para prescribir el tratamiento hormonal, o por el desconocimiento del trastorno por parte de algunos psiquiatras y psicólogos, terminan recurriendo con cierta frecuencia al autotratamiento hormonal y buscando asistencia psiquiátrica sólo cuando han alcanzado una situación de gravedad. Por otra parte, dada la ausencia de financiación pública del tratamiento quirúrgico de este trastorno por el Sistema Nacional de Salud (Ordenación de las Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 20/1/1995) deben recurrir a intervenciones privadas para completar el proceso de cambio. Únicamente la Comunidad Autónoma de Andalucía incluye, desde 1999, el tratamiento integral de la transexualidad en su cobertura sanitaria. Hasta ahora se han atendido allí 215 pacientes, y se ha realizado algún procedimiento quirúrgico en 23 de ellos (comunicación personal: Dra. Esteva; Unidad de Trastornos de Identidad de Género [UTIG], Hospital Carlos Haya, Málaga). Con respecto a los derechos civiles, des-

de 1999 los transexuales pueden obtener un cambio de nombre y sexo en su documento nacional de identidad (DNI) y en otros documentos legales tras un procedimiento judicial en el que se constata que ha habido un cambio de sexo en los dos últimos años y que se ha realizado la cirugía genital<sup>5</sup>. Afortunadamente, ya existen sentencias que han aprobado el cambio de nombre y sexo en el Registro Civil a transexuales sin genitoplastia, apoyándose en informes médicos y en la declaración de personas del entorno del paciente, aunque este criterio sigue estando sometido a la aleatoriedad del juez. Previo a cualquier tipo de tratamiento hormonal, a la cirugía genital y de mama, y para el reconocimiento legal posterior, la normativa solicita una valoración psiquiátrica y psicológica en la que se confirme el diagnóstico de trastorno de la identidad sexual y se descarten otros trastornos psiquiátricos que pudieran interferir en la adaptación posterior al tratamiento.

Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español (salvo el caso ya comentado del Servicio Andaluz de Salud), quizás en un intento de ahorro y recorte presupuestario, no incluyen el tratamiento de la transexualidad dentro de la cobertura sanitaria pública. No obstante, puede resultar útil realizar una estimación aproximada de los costes sanitarios directos derivados del tratamiento integral de estos pacientes y compararla con los gastos indirectos generados por las repercusiones cuando no reciben dicho tratamiento. Los costes sanitarios directos del tratamiento integral de un paciente afectado de trastorno de la identidad sexual incluyen el gasto del tratamiento psiquiátrico-psicológico, hormonal, y el tratamiento quirúrgico, ya calculados en nuestro medio (Dra. Esteva, comunicación personal). El precio de la cirugía de la transexualidad en el momento actual, teniendo en cuenta los cálculos y datos de la asistencia privada en nuestro país, ronda, para los transexuales varón-a-mujer, entre los 12.000 y 18.000 euros para la vaginoplastia y los 3.000 euros para la mamoplastia (ésta no siempre necesaria si se consigue un crecimiento mamario adecuado con el tratamiento hormonal). En el caso de los transexuales mujer-a-varón, la mastectomía e histerectomía genera unos gastos aproximados de 6.000 euros y de unos 12.000 a 36.000 euros para la cirugía genitoplástica según si se trata de una metaidoplastia o una faloplastia, respectivamente. La faloplastia, notablemente más cara, se está realizando en pocos casos, ya que no es una cirugía funcional, y la metaidoplastia tampoco es siempre solicitada en su lugar, porque sólo se consigue un micropene, aunque en este caso sí que se conserva la sensación erógena y la erección. En resumen, el gasto quirúrgico de estos pacientes oscila en la actualidad entre 18.000 y 42.000 euros, aunque, dado que no todos los pacientes se someten a todas las intervenciones, para algunos el gasto global es menor. Los costes del tratamiento hormonal, incluida la atención médica también se han calculado, y oscilan sobre los 30.000 euros para los transexuales varón-a-mujer y los 2.400 euros para los transexuales mujer-a-varón.

Correspondencia: Dra. E. Gómez Gil.  
Instituto de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic.  
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.  
Correo electrónico: esgomez@clinic.ub.es

Recibido el 3-12-2001; aceptado para su publicación el 14-1-2002.

En contraste, si se analizan de manera aproximada los gastos sanitarios y el coste social derivado de las repercusiones sanitarias, laborales y sociales que se generan en los pacientes que no completan el proceso de reasignación sexual, podemos comprobar que, en la práctica totalidad de casos, superan notablemente los gastos originados por la cirugía y el tratamiento hormonal.

Por una parte, estos pacientes, que *a priori* no presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos primarios comórbidos que la población general, desarrollan cuadros psiquiátricos de tipo depresivo, reactivos a su inadecuación en el sexo anatómico y al rechazo social durante el proceso de cambio<sup>8-11</sup>. En un grupo de pacientes atendidos en el Hospital Clínic de Barcelona, un tercio de los pacientes presenta o ha presentado un cuadro depresivo que ha requerido tratamiento psiquiátrico<sup>12</sup>, cifra similar a la descrita en población andaluza<sup>13</sup>. La mayoría (75%) ha presentado ideas suicidas, y un 40% ha realizado tentativas autolíticas<sup>13</sup>. Esto genera una repercusión en el sistema sanitario público como gasto de consultas psiquiátricas ambulatorias, así como en gastos derivados de ingresos hospitalarios por tentativas de suicidio. En nuestro medio, el gasto generado por un solo ingreso psiquiátrico con una estancia media de 20 días es de aproximadamente 3.600 euros, lo cual supone algo menos de la mitad de una intervención quirúrgica de vaginoplastia. Y mientras que la intervención quirúrgica se realiza una vez en la vida, las consultas ambulatorias y los ingresos psiquiátricos suelen repetirse a lo largo de ésta.

Por otra parte, estos pacientes, en su mayoría, no logran conseguir un trabajo estable por su aspecto ambiguo, el rechazo social que sufren o por la ausencia de documentos legales modificados. Habitualmente están inactivos laboralmente o realizan trabajos de escasa cualificación, con frecuentes períodos de bajas laborales<sup>12-14</sup>. La imposibilidad de obtener un DNI con su nombre del otro sexo si no se han realizado la cirugía, a pesar de que hayan conseguido un aspecto externo y función social acorde con el sexo con el que se identifican, es otra contradicción de la legislación actual. El Reglamento Judicial habitualmente solicita que se haya realizado la cirugía genital para el cambio de nombre y sexo en el DNI, pero no ofrece esta posibilidad a quien no puede costárselo.

Otro aspecto a considerar en los gastos sanitarios es que un porcentaje significativo de estos pacientes, especialmente cuando no existe un apoyo económico familiar, ha terminado en la marginalidad o ejerciendo la prostitución durante años, con el objetivo inicial de conseguir el dinero suficiente para financiarse los tratamientos estéticos y quirúrgicos. En caso de terminar en la prostitución, la comorbilidad debida a enfermedades de transmisión sexual, especialmente sida y hepatitis, y al abuso o dependencia de tóxicos, aumenta notablemente en estos pacientes. En la cohorte andaluza de pacientes, el 10% presentó anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y un 5% padece hepatitis B o C<sup>15</sup>. Se ha estimado que el gasto sanitario que genera la infección por el VIH al año es de 18.000 euros por paciente<sup>16,17</sup>. Este gasto supera ampliamente al de una vaginoplastia. Se puede realizar cálculos similares sobre los costes generados por los dependientes de drogas. Esto indica que cuanto antes se realiza tratamiento a estos pacientes, el coste sanitario global de su atención médica disminuye notablemente. Aunque en menor cuantía, se puede añadir el gasto generado por las complicaciones del tratamiento hormonal<sup>18,19</sup>, que son más frecuentes en aquellos pacientes que han iniciado autotratamiento. Según un estudio realizado en nuestro servicio, con resultados similares al estudio andaluz, el 40% de estos pacientes inició y mantiene trata-

miento hormonal por su cuenta, hecho que se atribuye a la dificultad de encontrar endocrinólogos especializados en el tema, así como a las experiencias de rechazo a pautar tratamiento por alguno de ellos<sup>13,14</sup>.

La incidencia y prevalencia de este trastorno son relativamente bajas para que generen un gasto sanitario relevante en la sanidad española. La incidencia del trastorno de identidad sexual parece mantenerse constante a lo largo del tiempo; es similar en varones y mujeres, y se estima entre 0,14 y 0,17 por cada 100.000 habitantes y año. En contraste, la prevalencia es de dos a seis veces mayor en los varones biológicos, y se ha estimado en los primeros estudios de la década de los sesenta en uno por cada 100.000 varones y uno por cada 400.000 mujeres, y tiende a incrementarse con los años. Datos recientes de estudios holandeses del año 1990 cifran esta prevalencia en uno de cada 11.000 varones y una de cada 30.000 mujeres<sup>20</sup>, aunque es probable que estas cifras estén sobrestimadas por la demanda de tratamiento por transexuales extranjeros, ya que en Holanda existe una legislación más permisiva. El incremento de las cifras de prevalencia se ha atribuido a una mayor aceptación por parte de la sociedad en los últimos años, lo que ha generado un aumento de las solicitudes de cambio de sexo en pacientes que habían ocultado su problema con anterioridad. En contraste, que la incidencia se mantenga más constante sugiere que el trastorno de la identidad sexual está determinado neurobiológicamente. Si tenemos en cuenta que en el Hospital Clínic de Barcelona, centro de referencia para la valoración psiquiátrica de estos pacientes, la demanda en el curso de los 10 últimos años ha incluido a 80 pacientes, se puede estimar que serían precisas de 8 a 10 intervenciones quirúrgicas de reasignación sexual al año para cubrir dicha demanda. No obstante, caso de aprobarse la cobertura sanitaria pública para el tratamiento de la transexualidad en el resto de las comunidades autónomas, hay que considerar que, inevitablemente, en los primeros años se va a producir una mayor demanda por la bolsa histórica existente, como ha ocurrido en Andalucía<sup>21,22</sup>.

Desde el punto de vista etiopatogénico, las teorías más recientes apoyan la existencia de un sustrato biológico, que tiene su origen en el período fetal<sup>23-25</sup>. Durante el final del primer trimestre del embarazo y el inicio del segundo las hormonas fetales influyen en el desarrollo del cerebro fetal<sup>26</sup>. A pesar de las dificultades inherentes para la investigación de estos aspectos, estudios en mamíferos sugieren que diversas estructuras cerebrales, incluido el hipotálamo, están organizadas de manera diferente en machos y hembras durante este período crítico prenatal. También se ha constatado que existen diferencias en el tamaño de ciertas estructuras cerebrales, así como diferencias en tareas verbales, visoespaciales, de personalidad e intereses según el género<sup>26</sup>. En la cohorte de pacientes del Hospital Clínic, todos ellos refieren identificarse con el género opuesto desde la primera infancia<sup>13</sup>. Estos hallazgos sugieren que el sustrato biológico para que se desarrolle este trastorno se genera durante la época fetal. El trastorno de la identidad sexual es, pues, una entidad con sustrato biológico, y no una perversión sexual, como aún es considerada por muchos ciudadanos y por algunos profesionales sanitarios. La cobertura sanitaria de estos pacientes no debería ser diferente a la de cualquier otra enfermedad.

Con respecto a la efectividad del tratamiento, numerosos estudios de seguimiento han demostrado que, tras el tratamiento de reasignación de sexo, los pacientes presentan una mejoría notable en la adaptación social, laboral y afectiva, y prácticamente todos se encuentran satisfechos de haber realizado el cambio de sexo si el diagnóstico ha sido co-

recto<sup>27-32</sup>. El motivo principal que refieren estos pacientes para realizar el tratamiento de reasignación sexual es el de ser miembro del sexo opuesto y, por tanto, ser aceptado social y legalmente en dicho género.

A pesar de lo expuesto y debido a que se trata de un trastorno relativamente desconocido, poco prevalente y difícil de entender, en la actualidad estos pacientes son rechazados por una parte de los profesionales sanitarios y encuentran numerosos problemas para ser tratados en los hospitales públicos. En contraste, en Holanda, Suecia, Noruega y Reino Unido el tratamiento quirúrgico e integral de estos pacientes está cubierto por el Sistema Nacional de Salud, y en Suiza, Alemania y Francia reciben una cobertura parcial del tratamiento, lo cual refleja que la normativa sanitaria española en cuanto a la cirugía de reasignación sexual, salvo en Andalucía, ha quedado atrasada con respecto a los países desarrollados de nuestro entorno.

La limitación de los recursos sanitarios exige evaluar la eficiencia de su asignación, es decir, la obtención de la mayor calidad de asistencia al menor coste, en igualdad con el resto de las enfermedades y los pacientes. Para esta gestión sanitaria es básico un análisis económico con fundamento clínico<sup>33</sup>.

En resumen, el trastorno de la identidad sexual puede considerarse un trastorno mental grave por sus implicaciones sociolaborales y de sufrimiento personal que supone su padecimiento, principalmente en aquellos casos en los que el desconocimiento, la falta de asesoramiento y los impedimentos económicos y legales dificultan realizar un tratamiento integral. La ausencia de cobertura sanitaria pública está generando otros gastos sanitarios y sociales que, casi con seguridad, superan el coste que supondría el tratamiento de reasignación de sexo. Por esto es preciso profundizar más en su investigación y ofrecer un tratamiento integral financiado total o parcialmente por la sanidad pública a fin de mejorar la calidad de vida y reducir el gasto sanitario y social generado por los pacientes que padecen este trastorno.

### Agradecimiento

Agradecemos a la Dra. Isabel Esteva, de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Carlos Haya de Málaga, su asesoramiento y la información aportada sobre la asistencia y las investigaciones en dicho hospital, y al Dr. Antoni Trilla, de la Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención (UASP) del Hospital Clínic de Barcelona, su colaboración y ayuda en los análisis económicos y en la revisión del artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson SA, 1995.
- World Health Organization multiaxial version of ICD-10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO, 1992.
- Benjamin H. The transsexual phenomenon. Nueva York: Julian Press, 1966.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). The Standards of Care for Gender Identity Disorders (6<sup>th</sup> version), 2001.
- Pavón I, Monereo S, Alameda C. Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Med Clin (Barc)* 2000;115:783-8.
- Cole CM, Emory LE, Huang T, Meyer WJ. Treatment of gender dysphoria (transsexualism). *Tex Med* 1994;90:68-72.
- Becker JV, Kavoussi RJ. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora, 1996; 691-709.
- Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 1997; 26:13-26.
- Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Höjerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:322-7.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke Jr JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatr* 1984;41:949-58.
- Peri JM, Gómez E, de Pablo J. Trastorno de la identidad sexual: Evaluación psicométrica. XXXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática; 2000, marzo 30-abril 1; Andorra.
- Landén M, Wälinder J, Lundström B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:189-94.
- Gómez E, Peri JM, de Pablo J. Trastorno de la identidad sexual: Estudio descriptivo. V Congreso Nacional de Psiquiatría; 2000, octubre 18-21; Zaragoza.
- Gornemann I, Bergero T, Cano G, Esteva I, Giraldo F. Psychological characteristics and dysphoria among patients treated at the first Gender Identity Disorder unit in Spain. XVII Harry Benjamin International Symposium on gender dysphoria; 2001, October 30-November 4; Texas.
- Esteva I, Giraldo F, Bergero T, Cano G, Crespillo C, Ruiz S, et al. Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía (Málaga). Experiencia de los primeros 100 pacientes. *Cir Plast Iberolatín* 2001;27: 273-80.
- Antoñanzas F, Antón F, Juárez C. Cálculo de los costes del sida en España mediante técnicas de simulación. *Med Clin (Barc)* 1995;104:568-72.
- Rabanque MJ, Tomás C, Gómez LI, Aibar C, Pérez JPA, Febrel I. Costes hospitalarios en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 1992;98:85-8.
- Becerra A, de Luis DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Med Clin (Barc)* 1999;113:484-7.
- Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol* 1997;47:337-42.
- Landén M, Wälinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:221-3.
- Berguero T, Esteva I, Gornemann I, Cano G, Giraldo F. Demographic Characteristics of patients treated at the first Gender Identity Disorder Unit in Spain. XVII Harry Benjamin International symposium on gender dysphoria; 2001, October 30<sup>th</sup>-November 4<sup>th</sup>; Texas.
- Esteva I, Bergero T, Giraldo F, Cano G, Ruiz S, Crespillo C, et al. Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía. Experiencia de un año de funcionamiento. *Endocrinología*. (Aceptado para su publicación)
- Swaab DF, Gooren LJG, Hofman MA. The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Prog Brain Res* 1992;93:205-19.
- Herman A, Grabowska A, Dulko S. Transsexualism and sex-related differences in hemispheric asymmetry. *Acta Neurobiol Exp* 1993;53:269-74.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuals. *Nature* 1995;378:68-70.
- Mealey L, editor. *Sexual differentiation En: Sex differences. Developmental and Evolutionary Strategies*. California: Academic Press, 2000; p. 11-38.
- Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM. Sex reassignment of adolescents transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:263-71.
- Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behavior* 1996;25:515-25.
- Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism –general outcome and prognostic factors: a five year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav* 1996;25:303-16.
- Tsoi WF. Follow-up study of female transsexuals. *Ann Acad Med Singapore* 1995;24:664-7.
- Rehman J, Lazer S, Benet AE, Schaefer LC, Melman A. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male to female transsexual patients. *Arch Sex Behav* 1999;28:71-89.
- Gómez E, Peri JM, Andrés S, de Pablo JM. Trastorno de la identidad sexual: aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, psiquiátricos y evolutivos. *C Med Psicosom* 2001;58/59:78-85.
- Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)* 1995;104:381-6.