

mos de acuerdo en que una revisión de los fármacos inadecuados y de aquellos con alto riesgo de reacciones adversas, basada en los criterios de Beers y en los criterios STOPP, sería muy interesante y podría ser presentada en otro artículo. Esperando haber aclarado las dudas, quedamos a disposición para cualquier información complementaria.

Bibliografía

1. Andreazza RS, Silveira de Castro M, Sippel Köche P, et al. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. *Gac Sanit.* 2011;25:501-6.

2. Camargo AL, Ferreira MBC, Heineck I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. *Eur J Clin Pharmacol.* 2006;62:143-9.
3. Davies EC, Green FC, Taylor S, et al. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS ONE.* 2009;4:e4439.

Roberta Simone Andreazza

Escuela de Farmacia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Correo electrónico: robertaan@yahoo.com

doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.005

Retos para el Sistema Nacional de Salud en España con respecto a la atención médica a personas transexuales

Challenges of the National Health System in Spain in reference to the medical care of transsexuals

Sra. directora:

El artículo de Esteva et al.¹ publicado en su revista aporta datos de centros públicos para la atención a personas transexuales, donde se han presentado 3303 solicitudes de atención en los últimos 12 años. En algunos países de nuestro entorno, como Bélgica, en 2007 la prevalencia era de un/a transexual por cada 19.000 personas²; en Reino Unido, en 2009, de uno/a por cada 500 personas, y en 2011 la prevalencia era de un 1% de personas variantes de género³. Transfiriendo estas cifras a España, habría, por lo menos, unos 10.000 transexuales de ambos sexos. Constatando que solo se presentaron 3.303 solicitudes en España, podría pensarse que una gran parte acudió al sistema privado, nacional o en el extranjero.

Si hasta el 90% de los solicitantes quiere someterse a cirugía genitoplástica, como en los Países Bajos en 2007 y 2008⁴, esto significa que de estas 3.000 solicitudes se han realizado solo el 12% en los pasados 11 años (unas 250, entre genitoplastia feminizante e histerooforectomía y genitoplastia masculinizante). Con una cuota de unas 50 cirugías genitoplásticas anualmente realizadas en los cuatro centros españoles, se calcula una lista de espera de unas décadas, sin tener en cuenta el incremento anual del 10% al 15%.

En la séptima edición, de 2011, la World Professional Association for Transgender Health – WPATH⁵ eliminó muchos límites, no solo temporales: el proceso de transición puede realizarse en 1 año para llegar a la elegibilidad para una faloplastia o una vaginoplastia.

Las UTIG (Unidades de Tratamiento de personas con problemáticas de Identidad de Género) aplican los estándares de cuidado con respecto a los plazos mínimos, pero con otra interpretación por falta de plazos máximos: los recomendados por la WPATH en la edición actual se convierten en España en un instrumento que justifica la escasa infraestructura e inversión en personal, que tiene como consecuencia un plazo de diagnóstico y asesoramiento psicológico de hasta 2 años, seguido por un tratamiento hormonal de otros 2 años. La Guía Clínica Española⁶, publicada por los mismos autores del artículo¹, sigue más o menos los estándares de cuidado de la WPATH (sexta edición, de 2001), pero menciona un plazo de 18 meses para el proceso de transición que, realmente, dura hasta 4 años.

Agradezco la opinión de los autores del artículo con respecto a una descentralización de lo que están prestando, pero la práctica actual es que no reconocen análisis clínicos de otros hospitales, insisten en la patologización de transexuales y las/las tratan en consecuencia.

Habría tres realidades a mejorar: el escaso personal de las UTIG prestando servicios sanitarios necesarios para mejorar la situación del colectivo transexual, la escasa infraestructura existente, y un enfoque paternalista y defensivo de la práctica clínica que prolonga innecesariamente el proceso. Todos estos factores no pueden satisfacer las necesidades de una atención digna y suficiente, y se propone la posibilidad del cubrimiento de costes, en analogía a los españoles, si los pacientes se someten a las cirugías en clínicas fuera del país para reducir estas listas tan largas, cumplir con el tiempo legal de espera y reducir los otros gastos sociales innecesarios.

Contribuciones de autoría

Las ideas planteadas, la revisión de la bibliografía y la redacción del manuscrito fueron realizadas en su totalidad por R.M. Wittich.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. 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.* 2012;26:203-10.
2. De Cuyper G, Van Hemelrijck M, Michel A, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Europ Psychiatry.* 2007;22:137-41.
3. Reed B, Rhodes S, Schofield P, et al. Gender variance in the UK: prevalence, incidence, growth and geographic distribution. 2009. Melverly, UK: GIRES – Gender Identity Research and Education Society [consultado 2 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>. Actualizado en 2011, disponible en: <http://www.gires.org.uk/Prevalence2011.pdf>
4. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav.* 2010;39:499-513.
5. WPATH – The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7th version. 2011. Atlanta, USA [consultado 2 Abr 2012]. Disponible en: http://www.wpath.org/documents/Standards_of_Care_V7-2011_WPATH.pdf
6. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género – Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinol Nutr.* 2003;50:19-33.

Regina-Michaela Wittich

Estación Experimental del Zaidín, Consejo Superior de Investigaciones Científicas – CSIC, Granada, España
Correo electrónico: wittich@csic.es

doi:10.1016/j.gaceta.2012.04.012