

APROXIMACIÓN A LAS CAUSAS DE INGRESO DE LAS PERSONAS *TRANS* A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 2001 A 2013

Pello Latasa Zamalloa (1, 2), César Velasco Muñoz (1,3), Carlos Iniesta Mármol (1,4), Paula de Beltrán Gutiérrez (1,5), Javier Curto Ramos (1,6) y Christian-Carlo Gil-Borrelli (1,7)

(1) Iniciativa Sociosanitaria para la Cooperación y Equidad LGBT en España (ISOSCELES). Madrid. España.

(2) Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

(3) Dirección de Gestión Integral e Innovación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

(4) Centro nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

(5) Dpto de Salud. Oficina Regional de América Latina y Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ciudad de Panamá. Panamá.

(6) Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

(7) Proyecto Sistema de Vigilancia de Violencia de Odio. Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La salud de las personas transexuales es un tema poco estudiado y los registros hospitalarios pueden suponer una oportunidad para hacer una aproximación. El objetivo de este trabajo fue describir el motivo de ingreso hospitalario y las comorbilidades asociadas de las personas transexuales en España entre los años 2001 y 2013.

Métodos: Estudio observacional con registros administrativos de base poblacional (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Se seleccionaron las altas generadas de los hospitales españoles con alguno de los siguientes códigos CIE-9-MC en cualquier campo diagnóstico: Transexualismo (302.5), Trastorno de identidad sexual en niños (302.6) y Trastornos de identidad sexual en adolescentes o adultos (302.85). Se describieron las causas de ingreso y las comorbilidades. Las variables cualitativas se describieron en su distribución de frecuencias según su número (n) y proporción (%) y las variables cuantitativas según su media y desviación estándar (DE) o mediana (MD) y rango intercuartil (RIC) según su distribución.

Resultados: Se registraron 2.010 altas correspondientes a 1.878 pacientes. La edad media fue de 33 años (DE=10). El 51% eran varones, el 46% mujeres y el 3% indeterminado. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron los relacionados con proceso de transición (59%), seguido de VIH (4%) y trastornos de la personalidad (3%). Las comorbilidades más frecuentes estuvieron relacionadas con el proceso de transición (49%), los problemas de salud mental (40%) y las enfermedades infecciosas (15%).

Conclusiones: Es necesario abordar la salud de las personas *trans* teniendo en cuenta sus necesidades específicas de salud, entre las que se encuentran la modificación corporal, la salud mental, el VIH y otras infecciones mediante estrategias que incluyan la investigación, la adecuación de los sistemas de información sanitaria, la elaboración de guías de atención y la formación de personal de salud.

Palabras clave: Transexualidad, Resumen del alta del paciente, Poblaciones vulnerables, Clasificación Internacional de Enfermedades, Grupos de Población.

ABSTRACT

Approach to the causes of discharge and health needs of transgender people through the National Hospital Discharge Survey in Spain during the period 2001 to 2013

Background: The health of transgender people is a little studied topic and hospital records can be an opportunity to make an approach. The aim of this study was to describe the cause for admission and the associated comorbidities of transgender people in Spain between 2001 and 2013.

Methods: Retrospective observational study with population-based administrative records (Minimum Basic Data Set). The discharges generated by the transgender in Spanish public and private hospitals were selected using one of the following ICD-9-CM codes in any diagnostic field: Transsexualism (302.5), Disorders of psychosexual identity (302.6) and Gender identity disorder in adolescents or adults (302.85). The causes of admission and comorbidity according were described. The qualitative variables were described in their frequency distribution according to their number (n) and proportion (%) and the quantitative variables according to their mean and standard deviation (SD) or median (MD) and interquartile range (RIQ) according to their distribution.

Results: A total of 2,010 highs were recorded corresponding to 1,878 patients. The mean age was 33 years (SD=10). 51% were male, 46% female and 3% undetermined or unspecified. The discharges were motivated in 59% by the process of body modification, followed by HIV (4%) and personality disorders (3%). The most common comorbidities were those associated with body modification (49%), mental health problems (40%) and infectious diseases (15%).

Conclusions: It is necessary to address the health of transgender people in a comprehensive way that takes into account their specific health needs, including bodily modification, mental health, HIV and other infections, through strategies that include improve research, tailor health information systems and develop guidelines and training of healthcare providers in this transgender health.

Key words: Transsexualism, Patient discharge summaries, Vulnerable populations, International Classification of Diseases, Population Groups.

INTRODUCCIÓN

El concepto *trans* tiene varias definiciones según el contexto en el que se aplique. Una de las más amplias, define a la persona *trans* como aquella “*que se siente identificada con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacimiento. El término trans ampara múltiples formas de expresión de la identidad de género o subcategorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, así como a quienes definen su género como “otro” o describen su identidad en sus propias palabras*”^(1,2). Además de las necesidades de salud de la población en general, las personas *trans*, al igual que otros grupos de población, tienen unas necesidades específicas relacionadas con los determinantes sociales que les afectan como colectivo y, de manera más concreta, necesidades de salud derivadas de los procesos de modificación corporal⁽³⁾. Si bien no todas las personas *trans* sienten la necesidad de someterse a procesos de transición, una parte de estas necesitará contar con un acompañamiento médico especializado durante estos procesos. No existen itinerarios de transición únicos, sino que cada persona *trans* debe poder decidir su propio recorrido⁽⁴⁾. En su configuración actual, la atención especializada emite un juicio clínico acerca del diagnóstico de identidad de género del paciente que avanza, en su caso, a la siguiente fase⁽⁵⁾.

La identidad de género no está recogida en la mayoría de las estadísticas y estudios de salud⁽⁶⁾. La evidencia disponible sobre el estado de salud de las personas *trans* en España proviene, en su mayoría, de estudios ad hoc relativos a problemas concretos de salud⁽⁷⁾.

Los contactos con la asistencia sanitaria que requieren ingreso hospitalario generan un registro administrativo en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), y recoge, a través

de la codificación basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC)⁽⁸⁾, datos sociodemográficos y asistenciales, como el motivo de ingreso y los procedimientos realizados. La amplitud de campos diagnósticos y de procedimiento se emplea de forma rutinaria para realizar acercamientos al estado y a las necesidades de salud, generales y específicas, de la población⁽⁹⁾.

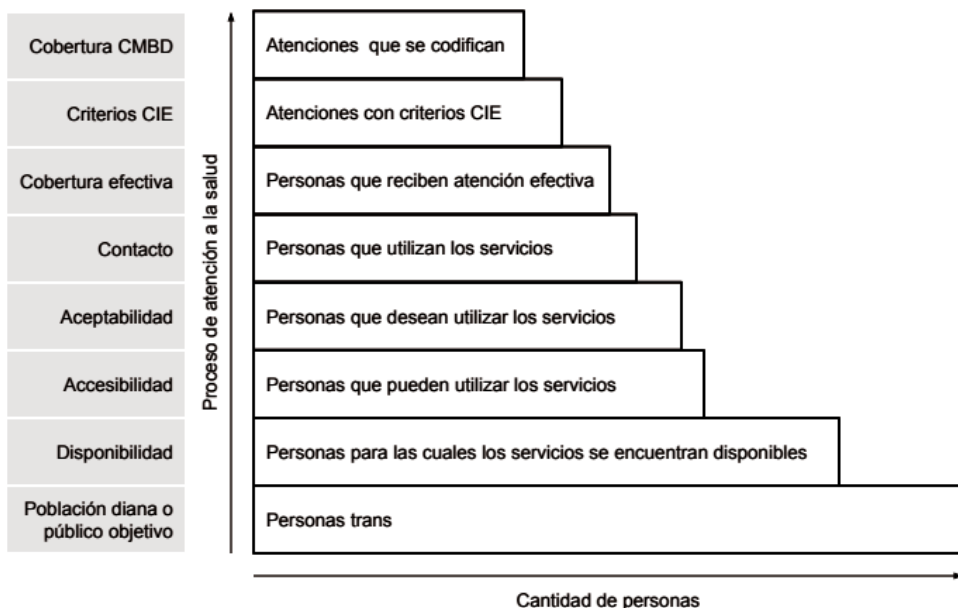
De este modo, las personas *trans* que requieren una modificación corporal precisan de un diagnóstico y el CMBD generado tras un ingreso hospitalario presenta una oportunidad para identificar los procesos de asistencia sanitaria requeridos por las personas *trans* (figura 1).

El objetivo de este trabajo fue describir la información aportada por el CMBD sobre las características sociodemográficas, los motivos de ingreso, la morbilidad, los procedimientos y la evolución de las altas hospitalarias con un código de transexualidad en cualquiera de los campos diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo con registros administrativos de base poblacional. Para ello se utilizó el CMBD de las Altas Hospitalarias del Registro de Actividad de Atención Especializada⁽⁸⁾. Se solicitó al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad la información de las altas hospitalarias registradas en todo el estado de pacientes de todas las edades, durante el periodo 2001 a 2013 (ambos inclusive) y que incluían los códigos CIE-9-MC 302 (Trastornos sexuales y de identidad sexual) en cualquier posición diagnóstica⁽¹⁰⁾. Tras la solicitud, el Ministerio evaluó el protocolo de la investigación y requirió la firma de un compromiso de confidencialidad, tras lo cual facilitó el fichero con los datos anonimizados, impidiendo técnica y éticamente la identificación de los pacientes.

Figura 1
Barreras de acceso y selección de la población *trans* a estudio (adaptado de Tanahashi).



Se seleccionaron los códigos relacionados con la transexualidad y con los trastornos de identidad sexual. Finalmente se incluyeron en el estudio los episodios de hospitalización con alguno de los siguientes códigos: Transexualismo (302.5), Trastorno de identidad sexual en niños (302.6) y Trastornos de identidad sexual en adolescentes o adultos (302.85) en cualquier campo diagnóstico.

Se describió el perfil de las personas ingresadas según su sexo, edad, Comunidad Autónoma (CA) de origen y CA del hospital en el que se atendió. Se calculó el número de personas desplazadas como aquellas que pertenecían a una CA pero se atendieron en hospitales de otra CA.

Los códigos diagnósticos recogidos en la CIE-9-MC permiten clasificar las condiciones de salud con cinco dígitos: tres principales y dos subdígitos. A su vez, estos códigos diagnósticos se

pueden agrupar según el órgano afectado y el tipo de enfermedad. Los códigos de procedimiento también permiten este tipo de agrupación según el tipo de intervención y el órgano sobre el que se realiza⁽⁸⁾. El CMBD del Ministerio recoge hasta 14 diagnósticos (uno principal y trece secundarios) y 20 procedimientos en cada alta hospitalaria⁽⁸⁾.

Se describieron las diez causas de ingreso más frecuentes con los códigos agrupados en categorías y posteriormente se clasificaron en “Proceso de transición” y “Patología”, definido como la causa recogida campo principal que codifica aquel diagnóstico que fue causa del ingreso de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo⁽¹⁰⁾.

Se describió la morbilidad en capítulos según los códigos recogidos en cualquier campo diagnóstico, definidos como condiciones de salud presentes en el paciente en el momento del

alta, independientemente de que éstas se hayan desarrollado antes o durante el ingreso.

Los códigos referentes a la transexualidad se mantuvieron para el estudio de causas de ingreso, considerándose como “Proceso de transición”, pero se excluyeron del estudio de morbilidad dado que no es una enfermedad⁽¹⁾. Asimismo, se describieron los procedimientos realizados durante el ingreso en capítulos según los códigos recogidos en cualquier campo de procedimiento. Finalmente se analizó la evolución de las altas comparando el número de personas atendidas en un año respecto al año de inicio del estudio, es decir 2001, categorizando la CA del hospital de ingreso según tuviesen una Unidad de Identidad de Género (UIG) en su Cartera de Servicios.

Los reingresos, identificados por el número del Sistema Nacional de Salud y hospital, fueron excluidos del estudio sociodemográfico y de desplazamientos, pero incluidos en el estudio de motivos de ingreso, comorbilidad, procedimientos y evolución de las altas.

Las variables cualitativas se describieron en su distribución de frecuencias según su número (n) y proporción (%). Las variables cuantitativas continuas se describieron por su media y desviación estándar (DE) en caso de seguir una distribución normal, de no cumplir esta regla se presentan en su mediana (Md) y rango intercuartílico (RIC). Para el procesamiento de los datos se empleó el software Stata SE v11.0 (Stata Corp, College Station, TX) y para la elaboración de gráficos la aplicación de Google Sheets (Google LLC, Mountain View, CA).

RESULTADOS

Se registraron 2.010 altas de personas con criterios de inclusión entre las que se identificaron 132 reingresos.

La edad media de las altas se situó en los 33 años (DE = 10), con una mediana de 32 años (RIC: 26 a 40) y una moda de 30 años. La distribución por grupos decenales de edad se muestra en la **tabla 1**. El sexo hombre se registró con mayor frecuencia que el sexo mujer. Asimismo se recoge un 4,1% (77/1.878) de pacientes con sexo indeterminado y no especificado. La distribución del sexo se muestra en la **tabla 1**.

Tabla 1
Descripción de la edad, sexo y códigos CIE de inclusión de las personas trans hospitalizadas en España según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9M-C) para el período 2001-2013 (n=1.878).

Características		N	%
Grupo de edad	De 0 a 9.	7	0,4
	De 10 a 19.	84	4,5
	De 20 a 29.	650	34,6
	De 30 a 39.	661	35,2
	De 40 a 49.	376	20
	De 50 a 59.	76	4,1
	De 60 a 69.	17	0,9
	70 o más.	7	0,4
Sexo	Hombre.	933	49,7
	Mujer.	868	46,2
	Indeterminado.	25	1,3
	No especificado.	52	2,8
Códigos de inclusión(*)	302.5. Transexualismo.	640	34,1
	302.6. Trastorno de la identidad sexual en niños	53	2,8
	302.85. Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos	1.276	67,9

(*) Códigos no excluyentes.

Un 9,3% (174/1.878) de las personas se desplazaron de su CA para recibir atención hospitalaria. Las mayores proporciones de traslado se produjeron en Ceuta (6/6) y Melilla (2/4), seguido de Extremadura (11/25), Castilla-La Mancha (13/31), Murcia (7/29) y Galicia (15/58) (tabla 2).

Tabla 2
Comunidad Autónoma de origen y desplazamientos de las personas *trans* hospitalizadas en España según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9-MC) para el período 2001-2013.

Comunidades Autónomas	Origen	Desplazamientos	
	N	N	%
Andalucía	511	11	2,2
Aragón	41	3	7,3
Asturias (Principado de)	37	5	13,5
Balears (Illes)	36	8	22,2
Canarias	68	6	8,8
Cantabria	5	1	20
Castilla y León	45	9	20
Castilla-La Mancha	31	13	41,9
Catalunya	367	7	1,9
Comunidad Valenciana	139	18	12,9
Extremadura	25	11	44
Galicia	58	15	25,9
Madrid (Comunidad de)	333	11	3,3
Murcia (Región de)	29	7	24,1
Navarra (comunidad foral de)	15	1	6,7
País Vasco	94	8	8,5
Rioja (La)	2	0	0
Ceuta	6	6	100
Melilla	4	2	50
Extranjero	16	16	100
Desconocida	16	16	100
Total	1.878	174	9,3

Se identificaron 224 códigos CIE sin subdígitos diferentes, las diez primeras causas de ingreso agruparon el 71% de los episodios (tabla 3). Entre estas causas, destacaron las relacionadas con proceso de transición (59%) sobre las relacionadas con enfermedades (12%). La primera patología que apareció como motivo de ingreso fue la infección por VIH (3,8%). Las enfermedades crónicas como diabetes mellitus (1,7%) y problemas de salud mental (6,4%) también aparecieron como motivos de ingreso frecuentes (tabla 3).

Tabla 3
Principales causas de ingreso de las personas *trans* hospitalizadas en España según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9-MC) para el período 2001-2013 (n=2.010).

Categorías del CIE(*)		Definición	N	%
Proceso de transición	302	Trastornos sexuales y de identidad sexual.	905	45,0
	V51	Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica.	212	10,6
	998	Otras complicaciones de procedimientos no clasificadas bajo otros conceptos.	46	2,3
	611	Otros trastornos mamarios.	31	1,5
Patología	042	Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana.	77	3,8
	301	Trastornos de la personalidad.	52	2,6
	250	Diabetes <i>mellitus</i> .	34	1,7
	309	Reacción de adaptación.	28	1,4
	295	Trastornos esquizofrénicos.	27	1,3
	969	Envenenamiento por agentes psicotrópicos.	23	1,1

(*) CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades / Códigos CIE sin subdígitos.

El número medio de diagnósticos por alta fue de 4,1 (DE=3,0) con una mediana de 3 (RIC: 2 a 6). El grupo de “factores que influyen en el estado de salud” se recogió en casi la mitad de las altas. Dentro de este grupo, aquellos referentes a cuidados posquirúrgicos fueron los más frecuentes. El 31,7% de las altas tenía alguno de los siguientes códigos: *Órgano o tejido sustituido por otro medio* (V43), *Otros estados posteriores a un procedimiento* (V45), *Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica* (V51) y *Admisión para otros cuidados posteriores y los no especificados* (V58).

Los problemas de salud mental y el consumo de sustancias fueron los siguientes en frecuencia. El 30,2% incluía alguno de los siguientes códigos: *Síndrome de dependencia del alcohol* (303), *Dependencia de drogas* (304) o *Abuso de drogas, sin dependencia* (305). Entre los problemas de salud mental destacaron los trastornos personalidad (6,9%), la depresión (3,5%) y la ansiedad (3,4%). Entre las sustancias consumidas, destacaron el tabaco (21,3%), el alcohol (6,4%), la cocaína (4,8%), el cannabis (4,6%), los opioides (2,3%), los sedantes (1,1%), otras drogas (2,4%) y el consumo simultáneo de varias drogas (9%). En el grupo de enfermedades infecciosas, el código diagnóstico de VIH (8,4%) fue el más frecuente; en el grupo de enfermedades endocrinas, la diabetes (3,3%) y en el grupo de enfermedades respiratorias, el asma (3,2%). La **tabla 4** muestra la distribución de los grupos diagnósticos.

El número medio de procedimientos por alta fue de 2,5 (DE=2,3) con una mediana de 2 (RIC: 1 a 3). El grupo de procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron los realizados sobre el aparato tegumentario e incluyeron las operaciones sobre la mama, las más numerosos de este grupo (18,1%). El grupo de cirugía sobre los órganos genitales femeninos, urinario y genitales masculinos fueron los siguientes en frecuencia, siendo las operaciones sobre el útero (10,5%),

la uretra (13,1%) y el pene (9,3%) los más frecuentes dentro de cada grupo respectivamente. El grupo de operaciones sobre el aparato digestivo le siguieron en frecuencia, siendo el código de cirugía sobre la pared abdominal (2%) el más frecuente. Dentro del grupo de operaciones cardiovasculares, las oclusiones vasculares (1,2%) fue el código más frecuente. Los procedimientos más específicos del proceso de reasignación de sexo se recogieron en 246 altas, siendo los más frecuentes las operaciones para transformación de sexo (8,4%), la penectomía (4,5%) y la vaginoplastia (4,5%). La **tabla 4** muestra con más detalle los procedimientos agrupados.

La edad media de los pacientes al alta tendió a aumentar desde el inicio del periodo de estudio. En el año 2001 la edad media fue de 30 años (DE = 8) mientras que en el año 2013 fue de 33 años (DE = 12). El número de altas anuales pasó de 42 en 2001 a 265 en el año 2013, con un máximo de 308 altas en 2012. Este incremento fue desigual según la CA: aquellas que incorporan una UIG a su cartera del servicio regional de salud mostraron un mayor incremento anual tras su incorporación. El incremento anual medio de pacientes fue del 19% (Razón = 1,19) en España, del 19% (Razón = 1,19) en las Comunidades Autónomas (CCAA) sin UIG y del 21% en las CCAA con UIG (Razón = 1,21) (**figura 2**). Los incrementos más marcados en el número de ingresos se produjeron entre los años pre y post incorporación de la UIG, en los que los ingresos se multiplican por 2 (Razón = 2,08). En los años siguientes se observó una estabilización en el número anual de ingresos (**tabla 5**).

El 62% de los ingresos (n = 1.247) fueron programados. La mediana de estancia fue de 5 días (RIC = 6) y descendió entre 2001 y 2013 pasando de 7 (RIC: 4 a 9) a 4 días (RIC: 3 a 9) días de estancia. El 7% (n = 132) reingresaron en el mismo hospital en los siguientes 30 días tras el alta.

Tabla 4

Comorbilidades y procedimientos de las personas *trans* hospitalizadas en España según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9-MC) para el periodo 2001-2013 (n=2.010).

Categorías del CIE*		Grandes grupos	N	%
Diagnósticos de comorbilidad	V01-V91	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios.	978	48,7
	290-319	Trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico. ^(*)	796	39,6
	001-139	Enfermedades infecciosas y parasitarias.	295	14,7
	580-629	Enfermedades del aparato genitourinario.	238	11,8
	240-279	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad.	211	10,5
	520-579	Enfermedades del aparato digestivo.	178	8,9
	780-799	Síntomas, signos y estados mal definidos.	175	8,7
	460-519	Enfermedades del aparato respiratorio.	172	8,6
	390-459	Enfermedades del sistema circulatorio.	132	6,6
	320-389	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.	125	6,2
	140-239	Neoplasias.	97	4,8
	280-289	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	90	4,5
	680-709	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.	77	3,8
	710-739	Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo.	54	2,7
	740-759	Anomalías congénitas.	31	1,5
	800-999	Lesiones y envenenamientos.	31	1,5
	630-679	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	3	0,1
760-779	Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal.	1	0,0	
Procedimientos	87-99	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos.	560	29,8
	85-86	Operaciones sobre el aparato tegumentario.	466	24,8
	65-71	Operaciones sobre órganos genitales femeninos.	381	20,3
	55-59	Operaciones sobre el aparato urinario.	288	15,3
	60-64	Operaciones sobre órganos genitales masculinos.	208	11,1
	42-54	Operaciones sobre el aparato digestivo.	100	5,3
	30-34	Operaciones sobre el aparato respiratorio.	64	3,4
	35-39	Operaciones sobre el aparato cardiovascular.	50	2,7
	01-05	Operaciones sobre el sistema nervioso.	33	1,8
	76-84	Operaciones sobre el aparato musculoesquelético.	21	1,1
	40-41	Operaciones sobre el sistema hemático y linfático.	17	0,9
	21-29	Operaciones sobre la nariz, boca y faringe.	13	0,7
	06-07	Operaciones sobre el sistema endocrino.	3	0,2
	08-16	Operaciones sobre el ojo.	3	0,2
	72-75	Procedimientos obstétricos.	2	0,1
	17-17	Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos.	1	0,1
	18-20	Operaciones sobre el oído.	1	0,1

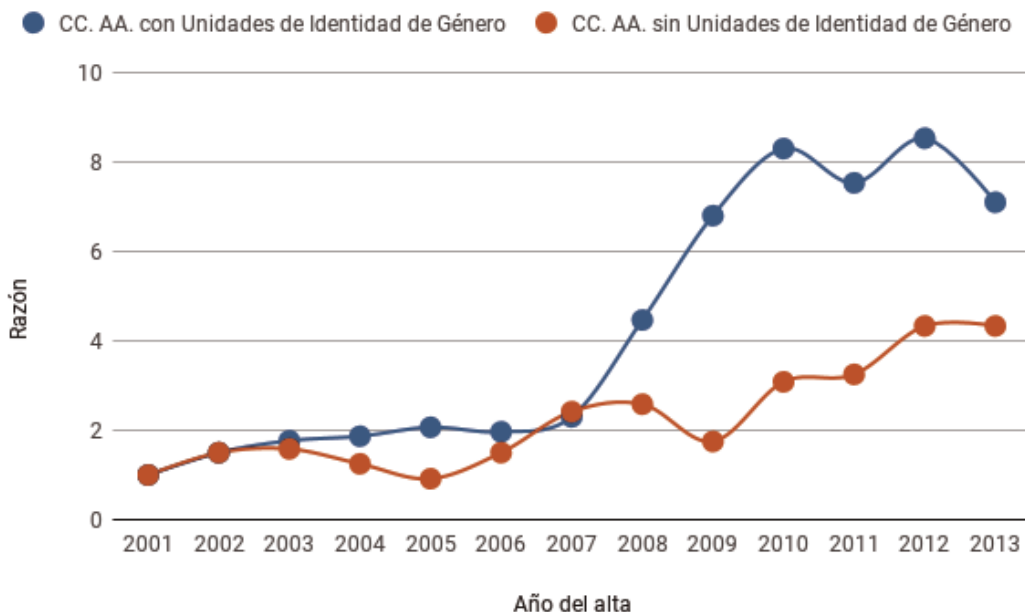
(*) CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades / Códigos CIE sin subdígitos

Tabla 5
Número de altas de las personas *trans* hospitalizadas por Comunidad Autónoma del hospital y año del alta en España según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9-MC) para el período 2001-2013 (n=2.010).

C.A. del hospital	Año del alta												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	18	36	36	35	35	36	33	36	68	80	62	78	61
Aragón	1	4	8	4	0	1	2	2	3	2	7	6	3
Asturias	1	1	1	0	1	1	4	2	5	5	4	4	9
Baleares	1	2	0	1	0	1	1	2	2	5	6	5	6
Canarias	3	2	0	0	3	4	7	5	4	12	8	7	14
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1
Castilla y León	3	4	2	2	0	2	2	3	4	5	3	2	6
Castilla-La Mancha	0	1	3	1	2	1	6	4	0	0	1	1	2
Cataluña	5	2	11	9	16	7	19	51	86	72	47	63	59
Valencia	1	0	3	6	2	4	4	7	12	21	24	30	18
Extremadura	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	3	9	3
Galicia	0	1	1	3	2	7	3	6	2	4	5	9	5
Madrid	4	3	3	3	8	10	10	38	36	65	79	62	50
Murcia	1	3	3	2	0	1	1	3	0	1	2	5	1
Navarra	2	0	1	0	1	0	2	3	1	1	0	2	1
País Vasco	2	4	0	3	1	2	3	2	2	11	14	23	25
Rioja	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0

Figura 2

Evolución de razón de altas de las personas *trans* hospitalizadas por Comunidad Autónoma en función de la oferta de Unidades de Identidad de Género en su cartera de servicios según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CIE-9-MC) para el período 2001-2013 (n=2010).^(*)



La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 0,65% (n = 13). Las causas de ingreso más frecuentes fueron la enfermedad por VIH (n=3) y la septicemia (n=2). También se recogieron los siguiente códigos, cada uno de ellos correspondiente a un fallecimiento: *Neoplasia maligna de bronquios y pulmón* (162.9), *Otros linfomas* (202.88), *Diabetes tipo I* (250.33), *Trombocitopenia* (287.5), *Insuficiencia cardiaca izquierda* (428.1), *Peritonitis* (567.2), *Cirrosis hepática* (571.5) y *Shock hipovolémico* (785.59).

DISCUSIÓN

Debido a los criterios de inclusión del estudio, la mayoría de las muestra corresponde a

personas jóvenes, cuyo principal contacto con el sistema sanitario es la modificación corporal. Entre la morbilidad detectada, aparece de forma especialmente frecuente los problemas secundarios al proceso de transición, seguidos de ciertas patologías, entre las que destacan los problemas de salud mental (especialmente el consumo de sustancias, los trastornos de personalidad, la ansiedad y la depresión), la infección por VIH y las enfermedades crónicas (especialmente diabetes y asma). Las diferencias entre CCAA, tanto en servicios prestados como en número de derivaciones realizadas son muy importantes.

El número de pacientes atendidos se ha incrementado a lo largo del periodo estudiado.

Esto puede deberse a los procesos de apertura social que repercutirían en una mejoría en la atención a este colectivo. Las tres CCAA más avanzadas en esta materia son, Madrid, Cataluña y Andalucía⁽¹²⁾. Estas comunidades fueron las primeras en legislar el acceso de las personas *trans* al sistema sanitario, esto podría motivar que recojan las menores tasas de desplazamientos entre CCAA. En términos de accesibilidad a una atención especializada, las UIG parecen haber tenido un papel clave en su mejora. No obstante, existen manifestaciones de descontento tales como la patologización, el paternalismo o las listas de espera^(13,14). Es posible que muchas personas *trans* hayan buscado alternativas al acompañamiento en el proceso de transición o hayan optado por no iniciar un proceso de modificación corporal, lo que podría explicar el efecto techo con la posterior estabilización en el número de ingresos.

La circulación interterritorial puede deberse a que no todas las UIG prestan los mismos servicios, a las listas de espera o, incluso, la búsqueda de entornos más inclusivos. Estos desplazamientos podrían estar infraestimados, ya que las personas *trans* podrían cambiarse de CA en etapas precoces de su transición. Las consecuencias del cambio de residencia, tales como la pérdida de apoyos sociales y la adaptación a un nuevo entorno, añadido a la carga psicosocial del proceso, podría impactar negativamente en la salud de las personas *trans*⁽¹⁵⁾.

Desafortunadamente, la identidad de género no figura como información sociodemográfica, sino como diagnóstico. Tanto el DSM-V como el CIE-10 mantienen la transexualidad en su listado de enfermedades⁽¹⁶⁾. No obstante, el manual psiquiátrico ha pasado de considerarlo “trastorno” a “disforia”. Aunque el avance es pequeño, se espera que la CIE-11 pase el código de transexualidad de “trastornos mentales” a “condiciones relacionadas con la salud sexual”⁽¹⁷⁾. En el futuro se espera que el código desaparezca

completamente, al igual que ocurrió con la homosexualidad^(11,18). Asimismo, esta evolución se va reflejando en la legislación. El parlamento europeo acordó eliminar la consideración de la transexualidad como una enfermedad⁽¹⁹⁾. Se espera que a nivel nacional se emita una ley contra la discriminación por orientación sexual tras la aprobación de la propuesta presentada en las Cortes Generales⁽²⁰⁾. Las legislaciones autonómicas también recogen la despatologización y la no discriminación. La Ley 2/2016 de la Comunidad de Madrid se basa en la libre autodeterminación de género, de forma que en teoría debería desaparecer el requerimiento de un diagnóstico diferencial⁽¹⁾. A medida que la eliminación del estigma se extienda a la práctica médica será necesario recoger la identidad de género en el historial clínico, en el apartado de datos administrativos. Existen diferentes posibilidades, una de ellas podría ser la inclusión de dos ítems: (1) identidad de género actual y (2) sexo asignado al nacimiento.

La mayoría de los ingresos están relacionados con alguna cirugía genital. Este dato concuerda con que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos registrados se realizan sobre los órganos que expresan los caracteres sexuales primarios o secundarios (genitales y mamas) y tejidos relacionados (uretra y pared digestiva). No obstante, la dispersión de los procedimientos es elevada lo que podría deberse a una falta de consenso o a una limitación propia del CMBD. Unos protocolos homogéneos en la atención y codificación de los actos clínicos permitiría obtener una información más exhaustiva de la morbilidad así como la disminución de la variabilidad de la práctica clínica asociada a una mayor seguridad del paciente⁽²¹⁾.

El proceso de transición es complejo y, en ocasiones, incluye complicaciones médico-quirúrgicas a las que se suman desafíos en el plano social, como el rechazo y la discriminación. Estos determinantes sociales pueden contribuir a

un deterioro de la salud mental y al consumo y abuso de sustancias^(22,23,24). Sin embargo, el Plan Nacional sobre Drogas, no contempla ninguna intervención sobre este colectivo en su estrategia 2009-2016. Del mismo modo, a pesar de que las personas *trans* están consideradas como un grupo clave en la respuesta a la epidemia de VIH(25), los informes de vigilancia del Plan Nacional sobre el Sida no aportan información ni recomendaciones específicas dirigidas a las personas *trans*⁽²⁶⁾. Es necesario que las partes interesadas participen en la elaboración de programas de salud pública para incluir la perspectiva de diversidad afectivo-sexual y de género y poder así vigilar y prevenir de manera eficaz estos problemas en la población *trans*.

Los datos no permiten extrapolar los resultados a toda la población *trans*. En primer lugar, al trabajar con códigos CIE, el estudio no incluye a aquellas personas *trans* que no tienen un diagnóstico de transexualidad. Por otro lado, la aplicación de los criterios diagnósticos no incluye, por ejemplo, a aquellas personas que no han expresado su deseo de transición en un tiempo inferior a dos años⁽²⁷⁾. Además, puede haber personas que habiendo superado el proceso de evaluación médica y teniendo los criterios CIE, acceden a la atención especializada con un ingreso sin un registro de este código en el CMBD. A esto se le suman las barreras de acceso habituales de la población⁽²⁸⁾ y la utilización de una definición de población *trans* muy limitada, lo que conlleva a una pérdida importante de la población a estudio (figura 2). En este sentido, la limitación quedaría patente al encontrar 1.878 pacientes, lo que supondría una tasa de 0,4:10.000, cuando las estimaciones de personas *trans* giran en torno a 1:10.000^(29,30,31). Un reciente estudio realizado en la Comunidad de Madrid arrojó una tasa de 25:10.000 personas/año mientras que el CMBD para la misma Comunidad recoge 4:10.000 personas/año⁽³²⁾. A pesar de estas limitaciones, el tamaño muestral es elevado y los resultados aportan una importante información sobre las causas de ingreso de una parte del

colectivo *trans* en España. Otra limitación de este estudio consiste en que no es posible saber si el sexo registrado hace referencia al sexo sentido por las personas *trans*. La normativa que regula el registro describe esta variable como “sexo del paciente”⁽³³⁾ por lo que no se ha podido determinar si el sexo registrado es anterior o posterior a la transición.

Este trabajo pone de manifiesto el proceso asistencial complejo, que somete a un elevado número de personas *trans* a una atención sanitaria y un registro de sus condiciones de salud muy heterogéneo, cuyos ingresos son fundamentalmente los referidos para la modificación corporal. El desarrollo de protocolos clínicos a nivel nacional, la coordinación de las unidades de referencia en el acompañamiento a los procesos de transición, la transversalización de la atención en la red asistencial, incluyendo la atención primaria, y el desarrollo de grupos y líneas de investigación con las universidades y otros colectivos, todo ello contando con la participación activa de personas *trans*, ayudarían a mejorar la atención a la salud de este colectivo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Juana Ramos por sus aportaciones que han enriquecido notablemente este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. L.N.º 2/2016 (26 de abril de 2016). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-6728.
2. Peinado P. Universo Trans: análisis pluridisciplinar sobre transexualidad y transgenero. 1ª ed. Madrid: Transexualia; 2015. 235 p.
3. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. 2016;388:412–36.

4. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165:171–6.
5. Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez MJ, et al. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *SEMERGEN - Med Fam.* 2011;37:87–92.
6. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, et al. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* 2017;31:175–7.
7. Navarro-Pérez P, Ortiz-Gómez T, Gil-García E. La producción científica biomédica sobre transexualidad en España: análisis bibliométrico y de contenido (1973-2011). *Gac Sanit.* 2015;29:145–51.
8. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
9. Consejería de Sanidad. Informe Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014. Comunidad de Madrid; 2014; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_pinarContenidoFinal&vest=1161769238915.
10. eCIE9MC: Edición electrónica de la CIE-9-MC [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html.
11. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:850–9.
12. 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;26:203–9.
13. Trans*forma la Salud. La Plataforma “Trans*forma la Salud” reclama a la Generalitat un nuevo modelo sanitario para el colectivo trans*. Barcelona: Trans*forma la Salud; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: <https://transformalasalud.wordpress.com/2016/06/17/la-plataforma-trans-forma-la-salud-reclama-a-la-generalitat-un-nuevo-modelo-sanitario-para-el-colectivo-trans/>.
14. Wittich R-M. Retos para el Sistema Nacional de Salud en España con respecto a la atención médica a personas transexuales. *Gac Sanit.* 2012;26:586–7.
15. Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>.
16. eCIE10ES: Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html.
17. ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics) [Internet]. Ginebra: World Health Organization; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>.
18. Drescher J. Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2015;27:386–95.
19. Carrasco-Portiño M. Comentario: Desigualdades territoriales en la atención sanitaria a la transexualidad en España. *Gac Sanit.* 2012;26:209–10.
20. Proposición de Ley contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales. L.N.º 122/000097 (12 de mayo de 2017). Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-122-1.PDF.

21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010; [consultado el 25/2/2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf.
22. Halkitis PN, Wolitski RJ, Millett GA. A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Am Psychol*. 2013;68:261–73.
23. Operario D, Nemoto T. HIV in Transgender Communities: Syndemic Dynamics and a Need for Multicomponent Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(Suppl 2):S91–3.
24. Martinez O, Wu E, Levine EC, et al. Syndemic factors associated with drinking patterns among Latino men and Latina transgender women who have sex with men in New York City. *Addict Res Theory*. 2016;24:466–76.
25. United Nations Development Programme, A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016. [Consultado el 25/2/2018]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf.
26. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo, Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Consultado el 25/2/2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf.
27. Moreno-Pérez Ó, Esteva De Antonio I, Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. *Endocrinol Nutr*. 2012;59:367–82.
28. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56:295–303.
29. Bastera V, Ruiz R, Toni M, et al. Estudio descriptivo de la transexualidad en Navarra. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35:455–60.
30. 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.
31. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2015;30:807–15.
32. Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1307–12.
33. Real Decreto por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. L.Nº. 69/2015 (10 de febrero de 2015). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-1235.