

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE



Recibido: 14/08/20109. Aceptado: 30/10/2019

ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA A PERSONAS TRANSEXUALES Y CON VARIANTES DE GÉNERO: HISTORIA Y EVOLUCIÓN

HEALTH CARE FOR TRANSSEXUAL AND GENDER VARIANT PEOPLE IN SPAIN: HISTORY AND EVOLUTION

Esther Gómez-Gil¹, Isabel Esteva de Antonio², M Cruz Almaraz², Nuria Asenjo³, María Fernández Rodríguez⁴,
Felipe Hurtado⁵, Jesús Pérez-Luis⁶, Carmen Sanisidro C⁷, Laura Gallardo⁸, Angel Luis Montejo⁹,
Rosa Fernández-García¹⁰ y grupo GIDSEEN¹¹

¹Servicio de Psiquiatría. Instituto de Neurociencias. Unidad del Identidad de Género del Hospital Clínic. Barcelona. IDIBAPS. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Identidad de Género del Hospital Regional Universitario de Málaga. ³Servicio de Psicología. Hospital Ramón y Cajal. Unidad de Identidad de Género de la comunidad de Madrid. ⁴Centro de Salud Mental "La Magdalena". Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Unidad de Identidad de Género del Principado de Asturias. ⁵Servicio de Psicología. Unidad de Identidad de Género del Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Servicio de Endocrinología. Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁷Centro de Salud Delicias Sur. Servicio de Psicología. Programa de Atención trans en Aragón. ⁸Servicio de Psicología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ⁹Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. ¹⁰Departamento de Psicología, Universidade da Coruña, A Coruña. ¹¹Grupo de Trabajo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición S.E.E.N (GIDSEEN)

Correspondencia: Esther Gómez Gil. Unidad de identidad de género. Instituto de Neurociencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic. c/ Villarroel 170. 08036 Barcelona. E-mail: esgomez@clinic.cat

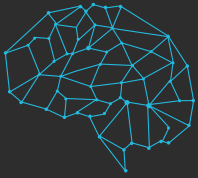
LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;11:63-75.

63



RESUMEN

Objetivos: El objetivo de este artículo es analizar cronológicamente los inicios y evolución de la atención sanitaria en España a la transexualidad y variantes de género.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo basado en la literatura publicada sobre atención sanitaria a la transexualidad en España, y en la información personal aportada directamente por los profesionales de las Unidades de Género y equipos emergentes de las diferentes comunidades autónomas.

Resultados: La primeras reseñas históricas datan de los siglos XV y XVI. En fechas recientes, en el ámbito privado, las primeras vaginoplastias se realizan en el año 1983 y la primera faloplastia en 1989. En hospitales públicos, desde 1986 hay referencias aisladas en historias clínicas de atención psicológica, psiquiátrica o endocrinológica a estas personas, a pesar de la ausencia de respaldo legal. La creación de unidades de identidad de género se inicia en Andalucía (1999), y progresivamente se crean las unidades de Cataluña, Madrid, Aragón (2006), Asturias (2007), País Vasco, Comunidad Valenciana y Canarias (2008), Navarra (2010) y Castilla-León (2014). En los últimos 5 años el resto de comunidades comienzan a diseñar nuevos equipos y protocolos de atención, y se producen cambios en los modelos asistenciales en el contexto de las demandas de colectivos por la autodeterminación del género y descentralización.

Conclusiones: En España en los últimos 20 años se han creado de forma secuencial varias unidades multidisciplinarias de identidad de género en diversas comunidades, que han alcanzado niveles de calidad, a pesar de los limitados recursos y de las inequidades entre comunidades. En los precedentes 5 años se han producido cambios en estos modelos de atención que, en algunos aspectos metodológicos, difieren de las guías clínicas existentes en los países europeos de nuestro entorno.

Palabras clave: Atención Sanitaria, Unidad de identidad de género, Transexualidad, Transgénero, Disforia de género, Variante de género, Sistema Nacional de Salud Español.

ABSTRACT

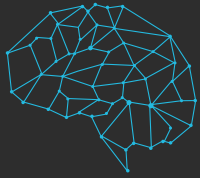
Introduction: The aim of this article is to analyze the chronological set up and evolution of the health care for transsexual and gender variant people in Spain.

Method: A descriptive study was performed based on published literature related to health care for transsexual persons in Spain, and on information provided directly by the professionals of the established gender units or emergent gender teams of the different autonomous communities.

Results: The first Spanish historic medical document dates from XV and XVI centuries. In modern times, in private practice, the first vaginoplasty surgeries were performed in 1983 and the first phalloplasty in 1989. In public hospitals, from 1986, there are isolated clinical records of psychology, psychiatry and/or endocrinology attention, despite the absence of legal support. The creation of public multidisciplinary gender units began in the Community of Andalucía (1999), and then were also established in Madrid, Cataluña, Aragón (2006), Asturias (2007), País Vasco, the Communities of Valencia and Canary Islands (2008), Navarra (2010) and Castilla and León (2014). In the 5 last years, changes in health care models are produced in parallel with the pressure made by activists asking for gender self determination and decentralization.

Conclusions: In the last 20 years, multidisciplinary gender units have been progressively developed in several Spanish communities, achieving levels of quality, in spite of the limited resources and the inequalities between communities. In the last years, new models of attention have been established that differ between communities and from the models and guidelines existing in our European environment countries.

Keywords: Health care, Gender unit, Transsexualism, Transgender, Gender dysphoria, Gender variant, Spanish National Health Service.



INTRODUCCIÓN

Las personas con una identificación de género no acorde con el sexo asignado al nacer han sido objeto a lo largo de la Historia de dificultades en todas las áreas, incluida la atención sanitaria. En las últimas décadas, el cambio social, los avances científicos sobre la transexualidad (término acuñado en 1953 por el endocrinólogo Harry Benjamin), y los avances quirúrgicos, han favorecido un importante incremento de peticiones de reasignación de sexo en todo el mundo.

La atención en Europa se inicia en la sanidad pública en Holanda (1975, Clínica de género de Ámsterdam). Progresivamente y con diferentes modelos de financiación, se instaura en numerosos países europeos (Suecia, Alemania, Bélgica, Irlanda del Norte, Dinamarca, Reino Unido, Francia, Italia, Portugal, Suiza, Serbia, Polonia,...). En España, la evolución y las estrategias terapéuticas seguidas, han sido de forma bastante paralela a los países de nuestro entorno (Gómez-Gil & Esteva de Antonio 2006), a excepción de los últimos años en que se han desmarcado en algunos aspectos.

En este capítulo se aborda desde una perspectiva histórica la atención sanitaria a la transexualidad en España, desde los primeros documentos, los primeros tratamientos médicos y quirúrgicos, la emergencia de las primeras unidades multidisciplinarias, y los cambios de modelo en los últimos años (Tabla I).

DOCUMENTOS HISTÓRICOS HASTA EL SIGLO XX

La transexualidad ha existido en todas las culturas y todos los tiempos, aunque el trato recibido ha oscilado desde la tolerancia e incluso idolatría en algunas sociedades, hasta el rechazo y la marginación en otras (Gómez Gil y Esteva de Antonio, 2006, capítulo de historia). Son numerosos los documentos históricos o relatos míticos que hacen referencia a cambios en el rol género y/o a cambios de sexo, y que sugieren la existencia de la transexualidad, travestismos, o casos de intersexo en la Historia de la humanidad.

En España, las reseñas históricas son escasas. Ya antes de la Edad Media, la existencia de personas de "sexo equívoco" era conocida, al menos entre las clases cultas. Así, San Isidoro de Sevilla (560-636 d.C.), escritor y doctor de la Iglesia, indica en su obra "Etimologías" las diferencias anatómicas que según él tenían los hermafroditas. La primera reseña española sobre una posible mujer transexual data del siglo XV y se documenta en el dietario de un sacerdote

Tabla I. Evolución cronológica de la atención a la transexualidad y diversidad de género en España.

DATOS HISTÓRICOS

Siglo XV-XVI Primeras reseñas históricas españolas

PRIMERAS ATENCIONES SANITARIAS

1983	Dos primeras cirugías de genitoplastia feminizante (vaginoplastia) en sanidad privada
1986	Primeras referencias clínicas de atención por salud mental y endocrinología en Cataluña (Dr. Farré, Dr. Cabrer)
1989	Primera faloplastia en sanidad privada (Dr. Cucalón)
1990-1994	Primeras referencias clínicas de atención por salud mental y endocrinología en Andalucía (Dra. Esteva), Madrid (Dr. Becerra), Valencia (Dr. Gómez, F. Hurtado), Aragón (C. Sanisidro), en Castilla y León (Dr. Franch, Dra. Villar) y en Canarias (M. Fernández y Dr. Gutiérrez).

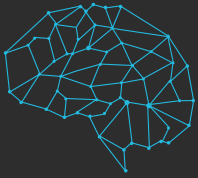
RECONOCIMIENTO DE UNIDADES MULTIDISCIPLINARIAS

1999	Andalucía
2006	Cataluña, Madrid, Aragón
2007	Asturias
2008	Canarias, País Vasco, Comunidad Valenciana
2010	Navarra
2014	Castilla y León

CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

2014-2019	Diferentes escenarios emergentes dependiendo de la comunidad autónoma y nuevos modelos de atención
-----------	--

del rey, Melcior Miralles. Este sacerdote relata una ejecución por sodomía mediante ahorcamiento en 1460 en Valencia, de un hombre, Miquel, que se hacía pasar por mujer y se autollamaba Margarida Borràs. La sentencia constata que "fue visto vestido de mujer, y viviendo como tal, al menos en 10 casas" (nota descubierta por el novelista y profesor valenciano Vicent Josep Escartí en 1994). El primer documento en el que se detallan valoraciones e intervenciones médicas sobre una persona, que por su biografía correspondía a un hombre transexual, data del siglo XVI, y se encuentra en el Archivo Histórico Nacional de Madrid, co-



respondiente a la Inquisición (Maganto Pavón 2007). Este documento hace referencia a la intervención del urólogo de la corte del rey Felipe II (Dr. Francisco Díaz, autor del Primer Tratado de Urología en la historia de la medicina española) como cirujano experto en el proceso inquisitorial contra Elena/o de Céspedes. Elena/o fue acusado por el Santo Oficio de haberse hecho pasar por hombre y desposarse con una mujer. Según la historia, a los 15 años comenzó a vestirse de hombre, y obtuvo el título de cirujano. Gracias a sus conocimientos de cirugía, se automutiló los pechos, obtuvo quirúrgicamente su vagina, y se colocó un "artificio" para simular que era varón. El prestigioso Dr. Díaz, en el primer examen dictaminó que era varón. Pero tras nuevas acusaciones, fue evaluado por otros médicos y finalmente por una matrona que confirmó y dictaminó que "*no era varón ni hermafrodita, sino mujer*". El prestigioso Dr. tuvo que volver a evaluar y rectificar su primer dictamen. Tras ello, Eleno/a fue condenado en 1588 por el Santo Oficio de Toledo a 200 latigazos y a reclusión durante 10 años en un hospital trabajando gratis.

Con la llegada del movimiento intelectual de la Ilustración, en el siglo XVIII y XIX se produjo un avance en el conocimiento médico sobre casos de ambigüedad genital o hermafroditismo. Así, el famoso médico de origen cubano Tomás Romay Chacón, publicó en 1813 la descripción de tres hermafroditas. Uno de ellos era el caso de una monja, Fernanda Fernández, nacida en 1755 como mujer, que había ingresado en un convento y que en una valoración médica tenía órganos masculinos escondidos entre unos labios mayores hipertróficos. No obstante, a pesar de la ciencia médica, en aquella época muchos filósofos moralistas y médicos de la época continuaban negando la existencia de los hermafroditas o personas con sexo incierto.

Hasta el siglo XX no se inician en Europa las primeras cirugías genitoplásticas. En Alemania entre 1930 y 1932 se interviene a la danesa Lili Elbe para extirpación de genitales masculinos, y se realizan intentos experimentales de trasplante de ovarios y útero. En 1938 se prescriben los primeros tratamientos hormonales estrogénicos en Europa. Y en 1952 en Dinamarca se realiza la primera vaginoplastia a la norteamericana Christine Jorgensen. Pero en España, como veremos en el siguiente apartado, no es hasta finales de siglo cuando se encuentra alguna publicación aislada, se reseñan las primeras prescripciones hormonales y se realizan las primeras intervenciones quirúrgicas.

TRATAMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS PIONEROS EN ESPAÑA (1984-2000)

PRIMERAS CIRUGÍAS DE REASIGNACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO PRIVADO (1984-1990)

Las primeras intervenciones de reasignación sexual comienzan en nuestro país a partir del año 1983. En este año una reforma del Código Penal despenaliza y por tanto exime de responsabilidad, a quien modificara quirúrgicamente el sexo anatómico. Las primeras genitoplastias feminizantes o vaginoplastias en España se realizan meses después de este cambio legislativo, en 1984. Fueron pioneros los urólogos Jesús Sainz de Cabezón y Chico (1930-2017) y Aurelio Usón Calvo (Zaragoza 1925-x). Previamente, el destino clásico de las mujeres transexuales españolas era Casablanca (Marruecos). Allí intervenía un conocido ginecólogo y cirujano francés, el Dr. Burou.

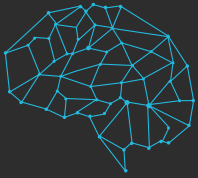
La primera cirugía integral de reasignación sexual masculina que incluyó mastectomía, histerectomía con anexectomía y faloplastia con injerto de muslo fue realizada en 1989 por el cirujano Miguel Angel Rodrigo de Cucalón (Zaragoza 1944-) (Rodrigo Cucalón et al. 1995).

La valentía de estos y otros cirujanos pioneros, en una época difícil y seguramente con muchas críticas sociales, dio respuesta a las primeras mujeres y hombres transexuales del país que hasta entonces sólo tenían la opción de viajar al extranjero.

INICIOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA POR EL SISTEMA PÚBLICO EN ESPAÑA (1986-2000)

Es difícil precisar exactamente en qué momento, de forma esporádica, algunos profesionales sanitarios, conocedores y sensibilizados con este tema, comienzan a dar algún tipo de soporte psicológico-psiquiátrico y a pautar o controlar el tratamiento hormonal a estas personas en la sanidad pública, aún sin todavía respaldo legal. A pesar de ello, tenemos algunos datos sobre estos inicios.

En Cataluña, por ejemplo, en el Hospital Clínic de Barcelona se tiene constancia en historias clínicas que desde el año 1986 estas personas son atendidas por dos profesionales, el psiquiatra Josep María Farré y el endocrinólogo Joan Cabrer. La asistencia en aquellos años era cuantitativamente escasa (menos de 10 personas al año) y la demanda era generada por el "boca a boca" de las personas afectadas. Lo afortunadamente sorprendente es que no hubo aparentemente trabas



institucionales por los aspectos legales, y se continuó esta actividad por otros profesionales del equipo, cuando ambos doctores se trasladaron a otros centros, lo que denota la sensibilidad ya instaurada.

En Andalucía, en el año 1991 la endocrinóloga Isabel Esteva, la psicóloga Trinidad Bergero y el cirujano plástico Francisco Giraldo, por su experiencia previa y trayectoria compartida en la atención integral a la intersexualidad en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, incorporan progresivamente el tratamiento de las primeras personas transexuales que lo solicitan.

En Madrid, el endocrinólogo Antonio Becerra, coordinador de la unidad actual, también es de los primeros en prestar atención endocrinológica a las personas que lo solicitan tanto en el ámbito privado como público en el Hospital Ramón y Cajal (año 1993).

En la Comunidad Valenciana, algo más tarde, en 1997, se atienden las primeras personas transexuales en el Hospital Dr. Peset. La demanda se creaba a petición propia, o desde colectivos, debido a los efectos adversos secundarios a autotratamientos hormonales. Estas circunstancias condujeron a la creación de un núcleo asistencial compuesto por el endocrinólogo Marcelino Gómez y el psicólogo Felipe Hurtado.

De forma similar hay constancia de atención psicológica o endocrinológica a casos aislados en Aragón (psicóloga Carmen Sanisidro), en Castilla y León (psiquiatra Juan Franch y endocrinóloga Aurelia Villar) y en Canarias (psicólogo Miguel Fernández y andrólogo Pedro Gutiérrez). Estos profesionales, al igual que en otras comunidades, atendían sin inclusión todavía en cartera de servicios. En el resto de España no se tiene evidencia de atención personalizada en la sanidad pública antes del año 2000. En resumen, estas primeras actuaciones clínicas no estaban respaldadas de facto por la administración pública, y se efectuaron gracias a la audacia y sensibilización de los profesionales pioneros mencionados.

EMERGENCIA DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE ATENCIÓN A LA TRANSEXUALIDAD (1999-2017).

CREACIÓN DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES

El inicio progresivo de la atención sanitaria pública en España ha sido lento y no equitativo (Esteva de Antonio et al., 2012). De hecho, existen aún comunidades sin atención especializada para estas personas, aunque en los últimos

años se proyecten nuevos equipos en la mayoría de ellas. Estos inicios se propiciaron en gran parte por los profesionales del mundo sanitario, ya mencionados en el apartado anterior y que han sentado las bases para la promoción y creación posterior de otras unidades. Todas estas unidades han seguido las guías de actuación y directrices éticas que recomienda la Asociación Profesional Mundial para la salud del Transgénero (del inglés, *World Professional Association for Transgender Health, WPATH*). Esta asociación se denominaba anteriormente Asociación Internacional de la Disforia de Género Harry Benjamin (HBIGDA). La primera versión de los Estándares de Cuidado (Standards of care = SOC) se publica en 1979 y la séptima y última en 2011 (Meyer III et al 2002 y Coleman et al. 2012). Estos estándares han sido asumidos por la mayoría de los equipos especializados a nivel mundial. Las unidades españolas, siguiendo estas recomendaciones, han sido multidisciplinarias, formadas por profesionales de diversos ámbitos (principalmente de la Salud Mental, Endocrinología, Ginecología y Cirugía), y se ha trabajado de forma consensuada y con evaluación continua de sus procesos y resultados para garantizar una atención integral y de calidad a los usuarios (Tabla II).

En 1999 es Andalucía la comunidad autónoma que aprueba a nivel parlamentario la primera unidad multidisciplinar de atención a la transexualidad en la sanidad pública. Esta decisión fue posible gracias a la conjunción de una serie de coincidencias; la existencia de una asociación de personas afectadas muy motivada y beligerante, un gobierno progresista y comprometido, y la existencia en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga de un grupo de profesionales que basándose en su experiencia previa redacta un protocolo de atención médico-quirúrgico.

Desde esta proyecto pionero, transcurren siete años hasta que en 2006 se reconocen las tres siguientes Unidades en España, ubicadas en Cataluña, Madrid y Aragón. La de Cataluña, promovida por el Departamento de Salud, fue aprobada en el Hospital Clínic. Esta decisión fue reforzada también por varios factores. Primero, porque afortunadamente se había perpetuado desde 1986 la atención a las personas que lo solicitaban en este Hospital y paralelamente, porque desde el año 2000 se documenta un aumento de la demanda en el Hospital Clínic (Gómez-Gil et al., 2008). Además, los escasos profesionales de la sanidad pública y privada catalana implicados, comenzaron a intercambiar conocimiento en foros y jornadas. Y finalmente, porque desde el Hospital Clínic se

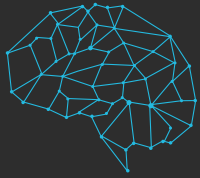


Tabla II. Unidades de identidad de Género: Año de reconocimiento, número de nuevos total de casos atendidos hasta junio 2019, y número atendidos menores de 18 años.

COMUNIDAD	AÑO DE CREACIÓN	N CASOS ATENDIDOS TOTAL (ADULTOS E INFANTIL)	N CASOS ATENDIDOS MENORES DE 18 AÑOS
Andalucía	1999	2298 (600 de otras CCAA)	330 (14%-19%*)
Cataluña	2006	1403	262 (18,7%)
Madrid	2006	1870	239 (12,78%)
Aragón*	2006	172	59 (34%)
Asturias*	2007	257	65 (25%)
C. Valenciana*	2008	1020	376 (36,8%)
Valencia		520	160 (30,7%)
Alicante			
P Vasco	2008	395	60 (15%)
Canarias*	2008	900	176 (19,5%)
Navarra*	2010	129	31 (24%)
Castilla-León*	2014		
Valladolid		68	21(30,8%)
Salamanca		40	18 (45%)

* 19% con respecto a la muestra de Andalucía.

habían comenzado a realizar las primeras comunicaciones y publicaciones sobre datos reales de demanda y su incremento progresivo en Cataluña (Gómez-Gil, et al, 2006). La unidad de Madrid se vio favorecida porque el endocrinólogo asignado ya atendía años antes en la sanidad pública y privada a las personas que lo solicitaba. Y en Aragón, porque también algunos profesionales desde los años 90 tenían la posibilidad de remitir casos al urólogo privado Dr. Cucalón, pionero de la faloplastia.

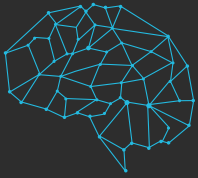
Progresivamente y de forma secuencial se crean nuevas unidades reconocidas en otras autonomías, tales como Asturias, Hospital San Agustín en Avilés (2007), País Vasco, Hospital de Cruces, Barakaldo (2008), Comunidad Valenciana, Hospital de Alicante y Hospital Dr. Peset de Valencia (2008), Islas Canarias, Hospital Universitario de Canarias en Tenerife y Hospital Insular en Las Palmas (2008), Navarra, Centro Hospitalario Virgen del Camino de Pamplona (2010), y Castilla y León, Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital Universitario de Salamanca (2014).

Las Unidades asistenciales se han aglutinado en un grupo de trabajo multidisciplinar e interdisciplinar promovido desde la Sociedad Española de Endocrinología (Grupo GIDSEEN) coordinado hasta 2018 por la Dra. Esteva y en la actualidad

por el Dr. Becerra. En un artículo publicado en 2012 por dicho grupo, se especifica el número de unidades de atención a la transexualidad en la sanidad pública (Esteva de Antonio et al., 2012; 2013), su dotación en personal y tipo de especialistas, así como su epidemiología, y oferta terapéutica (Esteva de Antonio et al. 2012). Se concluye que la distribución geográfica y los recursos contemplados son dispares, y que la oferta quirúrgica, además de escasa, tiene largas lista de espera en aquellas Unidades que incluyen cirugías. Paralelamente se reflexiona sobre las necesidades asistenciales reales para futuras políticas de salud.

LAS DIFICULTADES Y LIMITACIONES DE ESTAS UNIDADES

El inicio y el curso de las unidades han tenido que afrontar numerosos retos e inconvenientes, entre los que destacan el escaso número de horas asistenciales asignadas a los programas y la escasez de oferta quirúrgica. Así por ejemplo en la Unidad de Cataluña, a pesar de crearse en 2006, no es hasta diciembre del 2008 cuando se aprueban las primeras cirugías. Desde 2009, el número de intervenciones ofertadas por año se limitaba a 30, cifra muy insuficiente para la gran demanda y bolsa histórica. A pesar de ello, en 2011 se reducen a la mitad, y se alertaba la posibilidad de que,



debido a la crisis, dejasen de realizarse. En las Unidades de Andalucía, Madrid y País Vasco, aunque no ha habido una limitación explícita del número de cirugías, la limitación se ha producido por la escasa disponibilidad de quirófanos o de profesionales quirúrgicos. Y en otras Unidades, como las de Aragón, Asturias, Comunidad Valenciana, Navarra y Castilla y León, la oferta quirúrgica no ha estado presente, o sólo en algunas cirugías menos complejas. Ello ha generado sentimientos de indefensión en los profesionales y desesperanza en aquellas personas en lista de espera carentes de recursos para optar por la sanidad privada. Con fecha de junio 2019, se han atendido más de 9000 usuarios en las unidades públicas (Tabla II), pero el número de cirugías realizadas sólo alcanza aproximadamente un tercio de las demandadas.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN LAS UNIDADES

A pesar de las limitaciones y la falta de recursos mencionados previamente, la docencia impartida en el ámbito sanitario por los profesionales de estas Unidades y su producción científica ha sido notable. Desde el punto de vista docente han rotado por las unidades pioneras más de 200 profesionales en formación PIR o MIR de diversas especialidades, se han publicados dos libros monográficos, *Transexualidad: la búsqueda de una identidad* (Becerra-Fernández 2003) y *Ser transexual* (Gómez-Gil & Esteva de Antonio 2006), además de numerosos capítulos de libros. Se han elaborado guías clínicas (Moreno-Pérez & Esteva de Antonio 2012) y protocolos de tratamiento en todas las Unidades. Se ha creado el grupo de trabajo ya comentado (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; Grupo GIDSEEN). Durante años se ha participado en la organización de simposios y generado ponencias en congresos nacionales e internacionales desde las Unidades. En Madrid en 2013 se organiza un *Congreso Europeo de Transexualidad*, y en Valencia en 2018 se celebra el primer *Foro Clínico de Identidad de Género y Últimos Avances de Cirugía Trans*. Estos y otros eventos buscan el doble objetivo: el formativo, y la llamada de atención a las administraciones sanitarias para ampliar las unidades a todo el territorio nacional.

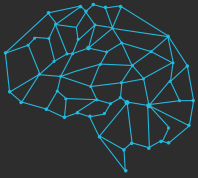
Paralelamente desde estas Unidades se han publicado más de 180 artículos en revistas sanitarias nacionales e internacionales, que incluyen artículos originales, publicaciones en congresos, cartas al director, editoriales y casos clínicos. Entre ellos destacan los estudios de cohorte, epidemiológicos y documentos de posicionamiento. Como

ejemplo, se destacan aspectos sociodemográficos en las distintas unidades (Gómez-Gil et al. 2009; Fernández Rodríguez et al. 2014; Guzmán-Parra et al. 2016; Nadales-Rojas et al. 2016), epidemiológicos (Gómez-Gil et al., 2006; 2011), endocrinológicos (Becerra Fernández y cols. 1999; 2007; Esteva de Antonio y cols. 2001), quirúrgicos (Giraldo Ansío et al. 2001; Giraldo et al. 2004; Casado Pérez et al. 2005; Raigosa et al. 2013; Raigosa et al. 2015), sobre infancia y adolescencia (Esteva de Antonio et al. 2006; Hurtado Murillo et al. 2008; Becerra-Fernández et al. 2010; Asenjo Araque et al. 2015; Esteva de Antonio et al. 2015; Basterra-Gortari 2016; Fernández Rodríguez et al. 2017; Fernández et al. 2017; 2018), psicopatología (Gómez-Gil et al. 2008), imagen corporal (Rabito Alcon & Rodríguez Molina 2015), consumo de sustancias (Gómez-Gil et al., 2019), perfil psicológico y personalidad (Gómez-Gil et al. 2013; Rodríguez-Molina et al. 2014), calidad de vida general y sexual (Gómez-Gil et al. 2014; Bartolucci et al., 2019), estudios de asociación familiar (Gómez-Gil et al., 2010), y se ha puesto a la cabeza en Europa en la investigación mediante neuroimagen (Guillamón et al. 2016; Zubiaurre-Elorza et al., 2014) y factores genéticos (Fernández García et al. 2014 a, b; 2018; Cortés-Cortés et al., 2017).

CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

En fechas recientes se han puesto en marcha modelos de atención tras aprobarse leyes, en los que el argumento de cambio son las demandas de los colectivos por la auto-determinación del género o despatologización, y la petición de descentralización de la atención sanitaria fuera de las unidades preexistentes.

Los nuevos protocolos, promovidos principalmente desde activistas no atendidos en las unidades especializadas, sugieren la exclusión u oferta opcional de la evaluación psicológica, y solicitan atención en proximidad (desde la atención primaria y/o especialistas de endocrinología de área). Poco se menciona sobre el análisis comparativo de estos nuevos procesos frente a aquellos con recomendaciones terapéuticas especializadas a nivel internacional y tampoco se plantea la dificultad de seguimiento de cohortes o la complejidad en la atención ante situaciones de mayor vulnerabilidad como son la infancia, la tercera edad, las personas no binarias, las variantes de género en curso, o las situaciones clínico-quirúrgicas complicadas.



COMUNIDADES EN LAS QUE SE HABÍAN RECONOCIDO UNIDADES DE REFERENCIA

En la Comunidad de Andalucía, a partir de una ley de Julio del 2014 se introducen dos cambios importantes. La creación de ocho puntos de atención (uno por provincia), denominados Unidad de Atención a Personas Transexuales (U.A.P.T.), incluida la unidad de Málaga. Se accede a estas unidades provinciales, por normativa, directamente a la consulta de Endocrinología, donde el usuario es derivado desde el médico de atención primaria. No se contempla la evaluación psicológica, ni se incluye en las fases del nuevo proceso la participación de profesionales de salud mental con formación específica en el tema. La Unidad de Málaga solicita mantener un profesional de psicología en el equipo, pero éste no actúa desde las fases iniciales sino durante el acompañamiento posterior; esta Unidad deja de ser referente obligado para toda la comunidad, atiende los casos nuevos de la provincia y mantiene el seguimiento de los usuarios previos que lo soliciten. Para las genitoplastias, la Unidad de Málaga sigue siendo referente de toda Andalucía y de varias comunidades autónomas mediante el programa de cohesión intercomunitaria (SIFCO).

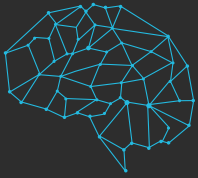
En la Comunidad de Madrid, se mantiene la Unidad previa en el hospital Ramón y Cajal, que trabaja siguiendo las recomendaciones internacionales de la WPATH. En la primera consulta el coordinador de la Unidad recoge las demandas expresadas, a nivel individualizado. Después la gestora de pacientes recoge datos socio-demográficos y de interés para guiar al usuario en su proceso individualizado de confirmación del género. Se ofrece como opción el acompañamiento psicológico durante el proceso y se informa acerca de la posibilidad de preservar fertilidad (Ley de Identidad de Género; C. Madrid Ley 2/2016). Por otro lado, los usuarios tienen también la opción de elegir una atención de proximidad en su médico de familia, endocrino de zona y otros especialistas de área.

En la Comunidad de Cataluña, el Departament de Salut, designa en octubre de 2017 un nuevo equipo de asistencia a las personas transexuales y diversidad de género en Cataluña (Trànsit), y prevé crear otras unidades territoriales similares. El médico de familia o el pediatra de zona deben realizar la acogida y la entrevista inicial y derivar a este equipo cuando lo consideren, aunque también puede haber acceso directo al equipo de referencia. La atención psicológica en este equipo es exclusivamente a demanda del usuario. La

Unidad del Hospital Clínic queda como centro de referencia para casos complejos, para la cirugía de reasignación genital y para los usuarios que deseen iniciar o continuar en el Clínic su seguimiento.

En Aragón, en 2016, una nueva legislación autonómica descentraliza del servicio de endocrinología del Hospital Miguel Servet e implanta un endocrinólogo de referencia en cada área. En el momento actual se oferta endocrinología en Zaragoza (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Royo Villanova), además del Hospital General San Jorge de Huesca y el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Estos especialistas aconsejan evaluación y seguimiento de una profesional de psicología-sexología clínica. La puerta de entrada es atención primaria, quien remite a endocrinología o a psicología. Los endocrinólogos en la actualidad remiten el 90% a psicología clínica-sexología, para evaluación, seguimiento y apoyo en el proceso de cambio. Esta derivación y sugerencia (no obligatoria) es muy aceptada por los usuarios. Las mastectomías desde 2006 se realizan por el equipo de cirugía de la mama y ginecología del Hospital Clínico de Zaragoza. Del 2006 a 2016 las solicitudes de cirugía genitoplástica (tipo vaginoplastia) se derivaban a la Unidad de Andalucía (Málaga), pero desde 2016 hay un convenio con un cirujano privado.

En el Principado de Asturias se mantiene el modelo de asistencia en equipo multidisciplinar, en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias en Avilés (UTIGPA), referente para la comunidad. El usuario es atendido en primer lugar por psicología clínica y derivado a endocrinología. El posterior seguimiento se realiza con ambos profesionales. En fecha de 2019 se presenta un anteproyecto de ley, que aunque no ha sido aprobado, ha ido modificando ya en la Unidad algunos aspectos asistenciales. El psicólogo clínico deja la función de evaluación para el diagnóstico y realiza asesoramiento y acompañamiento en todo el proceso. El anteproyecto también contempla la descentralización (proximidad) de la asistencia, pero no específica cómo y menciona la función de asesoramiento que desde la unidad de referencia se hará a los profesionales que presten asistencia sanitaria a las personas transexuales en otras áreas de la comunidad. La Unidad de Avilés tramitará las derivaciones, cuando la situación así lo requiera, a la unidad de referencia estatal con la que el Servicio asturiano de Salud concierte en el futuro las cirugías, que hasta ahora remitía a la unidad de Málaga.



La Comunidad Valenciana a partir de un decreto de 2016, designa tres unidades de referencia con los tres niveles asistenciales. La atención psicoterapéutica se realiza en un centro de salud sexual y reproductiva designado por provincia, para la fase inicial de evaluación de la demanda, apoyo, asesoramiento y psicoterapia si precisa. La terapia hormonal se realiza en el Hospital Dr. Peset de Valencia, Hospital general de Alicante y Hospital general de Castellón. Desde 2008 las mastectomías y las mamoplastias de aumento se realizan en los dos primeros hospitales, incluso antes de estar contempladas en cartera de servicio. Hasta el 2017, las genitoplastias se remitían a Málaga, desde 2018 se realizan en el Hospital "La Fe" de Valencia.

En Navarra, tras la Ley Foral de junio de 2017, se disuelve la unidad multidisciplinar que atendía previamente a este colectivo, UNATI (Unidad Navarra de transexuales e intersexos), ubicada en el Complejo Hospitalario de Navarra. Se crea una nueva unidad técnica multidisciplinar denominada Transbide. El nuevo equipo consta de pediatra, endocrinólogo y educadora sexual, y a petición de estos profesionales se solicita mantener la presencia de una psicóloga. No se incluye la intervención de especialistas en psiquiatría ni el diagnóstico codificado. La actividad asistencial no está centralizada, la valoración inicial suele ser por parte de la educadora y posteriormente se deriva a psicólogo y endocrino. Las genitoplastias feminizantes se continúan derivando a la unidad de Andalucía (Málaga), y las masculinizantes son concertadas con el ámbito privado.

En el País Vasco se mantiene la Unidad en el Hospital de Cruces y el equipo previo de expertos con cambios legislativos de modelo muy recientes. El proceso ha sido integral en su oferta terapéutica desde el inicio incluyendo genitoplastias.

Canarias, en febrero de 2019, aprueba un nuevo protocolo de atención a las personas transgénero. Las unidades multidisciplinarias previas pasan a denominarse Unidades de Acompañamiento a las personas Trans (U.A.T.). La primera cita la realiza el gestor de casos que apoya, acompaña y clarifica, pero no diagnostica la situación, realizando derivaciones a los diferentes especialistas si el usuario lo demanda. Es necesaria la valoración del psicólogo para iniciar tratamientos hormonales y quirúrgicos si bien el acompañamiento psicológico es opcional. Se incluye la mastectomía, mamoplastia de aumento, histerectomía y preservación de la fertilidad. No se mencionan cambios en las genitoplastias que hasta la actualidad siguen derivándose a la unidad de Málaga.

En Castilla y León desde noviembre 2018 hay tres equipos multidisciplinarios en Valladolid (Hospital Clínico Universitario), Burgos (Hospital Universitario) y Salamanca (Hospital Clínico Universitario). Todos están integrados por especialistas de salud mental (psiquiatra y psicólogo de adultos e infantil), endocrinólogos, pediatra y ginecólogo. La puerta de entrada en cada equipo es salud mental (psicólogo o psiquiatra). Aún no se han realizado cirugías genitales, y hasta ahora se han derivado a la unidad de Málaga. Actualmente hay un convenio para enviar a la Unidad de Madrid cinco casos al año para cirugía genital. Las escasas mastectomías realizadas sí lo han sido dentro de la comunidad.

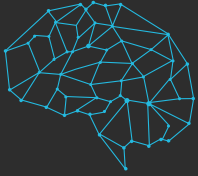
COMUNIDADES CON EQUIPOS EMERGENTES DE REFERENCIA

Otras comunidades, que no tenían unidades de referencia, como Cantabria, Castilla la Mancha y Galicia, están iniciando el diseño de equipos y protocolos de intervención.

En Castilla-la Mancha de momento no hay unidad formalmente nominada, pero un grupo de profesionales, centralizado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, han iniciado la atención a los usuarios de esta provincia y de las otras que lo solicitan. Este grupo lo componen profesionales de la salud mental, endocrinología, pediatría y ginecología, y está en trámite con el apoyo del Servicio de Salud de Castilla-la Mancha (SESCAM) desde 2017.

En Cantabria no existe unidad reconocida, pero se crea en 2019 un equipo multidisciplinar integrado por un psicólogo experto en sexología, endocrinólogo pediátrico y de adultos, ginecólogo, urólogo, así como profesional en Salud mental infanto-juvenil, que están asumiendo como referentes la atención a las personas transgénero. Este grupo de profesionales y sus responsables institucionales, elaboraron un protocolo de actuación en el año 2018. Es un protocolo no cerrado, sobre todo en la opcionalidad de la evaluación psicológica. Otra de las características del protocolo es que prima la cercanía: criterio de proximidad y no segregación. Se podrá realizar todo tipo de cirugía menor sin consenso alguno y la cirugía mayor según el protocolo se derivará a centros especializados.

Galicia, a partir de la ley autonómica del 14 abril Ley 2/2014, aprueba en 2017 la instrucción 13/2017 para unificar los criterios asistenciales a personas transexuales y crea una Unidad de referencia de atención a menores transexuales en el Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario Uni-



versitario de Santiago de Compostela. Aunque se da opción a seguimientos por su pediatra o médico de atención primaria si así lo desean los padres. La unidad está formada por un psicólogo infantil, un pediatra y un endocrino. Los adultos son atendidos por los profesionales de su área.

En la comunidad de Islas Baleares aunque desde 2013 se ofrecía atención por expertos en psicología y endocrinología, a raíz de una ley 8/2016, se elabora un protocolo y se crea en enero 2017 una Unidad o Consulta de Identidad de Género, multidisciplinar, con atención centralizada en el Hospital Universitario Son Espases de Palma. Las cirugías de mastectomía masculinizante se realizan en este hospital y las feminizantes se derivan por convenio a centro privado (Barnaclinic).

COMUNIDADES CON ATENCIÓN NO DEFINIDA O POR ESPECIALISTAS DE ÁREA

En las comunidades de Extremadura, La Rioja, así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, no está constituida ninguna unidad o equipo multidisciplinar, aunque existen profesionales de zona que en solitario o en colaboración con algún especialista de salud mental han atendido a estas personas en fases iniciales ya que las cirugías han sido derivadas a Málaga.

En resumen, como nexo común, prácticamente en todas las unidades o equipos, la atención por especialistas de salud mental como puerta de entrada ya no es obligada si el usuario no desea dicha intervención, y pueden ser derivados o atendidos los casos nuevos por los especialistas de primaria o por endocrinólogos de zona. Por otro lado, en las comunidades que ya había unidades, se ha ampliado el número de puntos de atención endocrinológica.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La situación actual de la atención sanitaria a las personas transgénero en España es muy heterogénea, se ha distanciado en algunas comunidades de las unidades multidisciplinarias iniciales y se han producido cambios en los últimos años que han favorecido algunos aspectos pero en detrimento de otros.

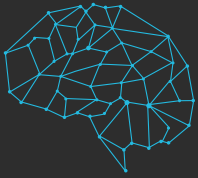
Como aspectos favorables:

- Se han promulgado leyes que garantizan la equidad, en los derechos, incluidos los sanitarios, de personas homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

- Se han creados nuevos equipos en comunidades que antes no existían.
- Se ha promovido la descentralización para atender en proximidad, ofreciendo nuevos puntos de atención por ejemplo en Andalucía, Castilla y León, Aragón y Cataluña
- Se ofrece al usuario la posibilidad de elección de la atención en sus médicos de familia y especialistas de área, si lo prefieren.
- La no "obligatoriedad" de evaluación por profesionales de salud mental favorece que los usuarios no perciban a este profesional como un "juez" que dictamina, y que ello pueda interferir en la buena relación médico-paciente, profesional-usuario. Por otra parte, también beneficia al profesional sanitario de salud mental o de otra área cuya atención se solicite pues la base de una buena relación se encuentra en la comunicación, que debe ser fluida, clara, sincera y basada en la confianza.

No obstante, algunos de estos cambios que aparentemente parecen mejorar la atención, pueden tener consecuencias desfavorables:

- En las comunidades en las que se han designado muchos puntos de asistencia, no se ha fomentado sin embargo, la creación de nuevas unidades multidisciplinarias, es decir equipos formados por varios profesionales especializados en las diferentes áreas y con intercomunicación fluida en beneficio de las personas que acuden. Lo que se han creado son puntos de atención en proximidad, que en su mayoría se llevan a cabo por un sólo endocrinólogo, con frecuencia sin coordinación con especialistas de salud mental de referencia o sin posibilidad de atención consensuada y coordinada.
- Por otra parte, no se ha ofrecido previamente una formación rigurosa en temas de diversidad sexual y de género, o más recursos en horas de trabajo en esta materia a los profesionales sanitarios asignados como de referencia.
- Además, la atención descentralizada y por tanto con menor número de casos asignados a cada profesional no favorece la adquisición de experiencia suficiente sobre la complejidad, evolución a medio y largo plazo, y consecuencias terapéuticas.
- Las leyes aprobadas no clarifican los pasos a seguir en caso de que el profesional sanitario y el usuario no se pusieran de acuerdo en la toma de decisiones, p.e., si el profesional considera que el sujeto debe demorar o diferir una actuación por ser precipitada, inadecuada o con riesgos para su integridad física ó mental.



- En el caso de usuarios con alta complejidad, o demandas en la infancia, las nuevas puertas de entrada (médico de familia, pediatra o endocrinólogo), no gozan de la competencia ni formación en salud mental pertinente y tampoco se dispone de tiempo suficiente para efectuar una valoración integral y dar un soporte continuado y con garantía. Es decir, a los profesionales de área se les asigna una responsabilidad y exigencia para las que no están formados ni preparados. De hecho, la formación que recibe un estudiante de Medicina en temas identitarios (por ejemplo la Medicina Transgénero) es mínima, por no decir inexistente.
 - A su vez, el sistema actual no está dando respuesta especializada al acompañamiento que solicitan muchos casos nuevos o sus padres altamente preocupados ante el debut súbito y creciente de conflictos de identidad en adolescentes y que no siempre pueden ser nominados ni tratados como transexualidad hasta ver su evolución.
 - No se asume en los nuevos modelos la necesidad de un seguimiento integral tras la cirugía de reasignación, que incluya revisiones ginecológicas, urológicas y una atención a la salud psico-sexual a medio y largo plazo.
 - Paralelamente, en general no se han abordado de forma simultánea otros problemas, como son la larga lista de espera quirúrgica, la formación para la atención a las nuevas variantes de género, o la necesidad de unidades en comunidades autónomas que carecen de ellas.
- En resumen, la descentralización de la atención a la diversidad sexual y de género, que en principio supone un acercamiento de los recursos al usuario/a por un lado, y atención en proximidad aparentemente beneficiosa, no ha ampliado el número de unidades especializadas ni incrementado la cualificación de los profesionales.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Los retos que los profesionales sanitarios consideran que la sanidad española debería alcanzar en los próximos años son varios:

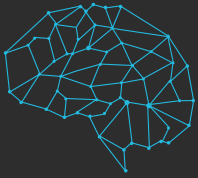
- Diseñar unidades o equipos multidisciplinares, que unifiquen las actuaciones de médicos de familia y pediatras, especialistas en salud mental y sexología, endocrinólogos, ginecólogos, cirujanos y trabajadores sociales.
 - Prestar una atención especializada, con profesionales que hayan adquirido y demuestren una formación en el tema.
 - Disponer de atención en todas las comunidades.
 - Favorecer, si la demanda fuera suficiente, un aumento de número de estos equipos en algunas provincias pero con coordinación centralizada en la comunidad autónoma correspondiente.
 - Aumentar el número de cirugías con disminución del tiempo de espera.
 - Ampliar el tipo de cirugías.
 - Favorecer y respaldar aspectos reproductivos.
 - Aportar atención integral que incluya seguimientos a largo plazo.
 - Disponibilidad para evaluar cohortes y analizar los resultados clínico-quirúrgicos y de calidad de vida.
 - Participar activamente en los grupos de trabajo institucionales que diseñen los protocolos de atención tanto a nivel central como autonómicos.
 - Potenciar la relación y trabajo en equipo con las asociaciones y de forma interdisciplinar con educadores, juristas, sociólogos y todos aquellos que defiendan la equidad y la atención cualificada en el ámbito de lo público.
- Un reto desafiante se resume en ampliar oferta e incrementar las garantías de calidad de la buena práctica clínica.

AUTORES PERTENECIENTES AL GRUPO GIDSEEN

Almaraz MC. (Andalucía), Álvarez-Díaz JA. (Asturias), Asenjo N. (Madrid), Becerra A. (Madrid), Del Castillo C. (C. Valenciana), Esteva I. (Andalucía), Fernández-Rodríguez M. (Asturias), Gallardo L. (Castilla y León), García-Cuartero B. (Madrid), Gómez-Balaguer M. (C. Valenciana), Gómez-Gil E. (Cataluña), Gomez-Hoyos E. (Valladolid), Guadilla M. (País Vasco), Hurtado F. (C. Valenciana), López-Siguero JP. (Andalucía), Lucio MJ. (Madrid), Moreno-Pérez O. (C. Valenciana), Pérez-López G. (Madrid), Pérez Rodríguez J. (Castilla la Mancha), Pérez-Luis J. (Canarias), Ponce de León S. (País Vasco), Rodríguez-Carnero G. (Galicia), Rodríguez-Molina JM. (Madrid), Rica I. (País Vasco), Sanisidro C. (Aragón), Toni M. (Navarra), Vázquez F. (País Vasco), Vidales A. (Castilla-León), Vidal A. (Cataluña), Villar A. (Cantabria).

AGRADECIMIENTOS

A los psicólogos Miguel Fernández (Canarias), Fernando Rivera (Mallorca) y Yolanda Álvarez (Burgos) por su aportación de información. A la endocrina Irene Halperin por su asesoramiento. Y al catedrático de Psicobiología Antonio Guillamón por su constante apoyo en la investigación.



CONFLICTOS DE INTERÉS

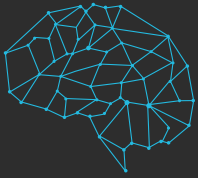
Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de interés.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido subvencionado por el Ministerio de Economía e Innovación (PGC2018-094919-B-C2)

BIBLIOGRAFÍA

1. Asenjo Araque, N., García Gibert, C., Rodríguez Molina, J.M., Becerra Fernández, A., Pérez, L.M.J. y grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2, 33-36.
2. Bartolucci, C., Gómez-Gil, E., Salamero, M., Esteva, I., Guillamón, A., Zubiaurre, L., Molero, F., Montejo, A.L. (2015). Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *Journal of Sex Medicine*, 12, 180-8.
3. Basterra-Gortari, V. (2016). Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos: atención a la disforia de género en población infantil y adolescente. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría*, 117, 20-22.
4. Becerra Fernández, A., de Luis Román, D.A. y Piedrola Maroto, G. (1999). Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica (Barc)*, 113, 484-487.
5. Becerra Fernández, A., Lucio Pérez, M.J. y Llopis Agelan, J.L. (2007). Tratamiento hormonal de reasignación de sexo en España: nuestra experiencia en 236 casos. *Revista Internacional de Andrología*, 5, 212-217.
6. Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
7. Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J., Rodríguez-Molina, J.M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Rabito, M.F. y Menacho-Román, M. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8, 165-171.
8. Casado Pérez, C., Rodríguez Vegas, J., Ruiz Alonso, E. y Peña Alonso, A. (2005). Faloplastia en un cambio de sexo de mujer a hombre con un colgajo sensible pediculado anterolateral de muslo. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 31, 175-181.
9. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G. y Meyer, W.J. (2012) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
10. Cortés-Cortés, J.; Fernández, R.; Teijeiro, N.; Gómez-Gil, E.; Esteva, I.; Almaraz, M.; Guillamón, A.; Pásaro, E. (2017). Genotypes and haplotypes of the estrogen receptor alpha gene (ESR1) are associated with female-to-male gender dysphoria. *Journal of Sex Medicine*, 14, 464-72.
11. Esteva de Antonio, I., Asenjo Araque, N., Hurtado Murillo, F., Fernández Rodríguez, M., Vidal Hagemeyer, A., Moreno-Perez, O., Lucio Perez, M.J. y López Sigüero, J.P. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 62, 380-383.
12. Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., Almaraz, M.C., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G. y Soriguer, F. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*, 26, 203-209.
13. Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., y GIDSEEN Group. (2013). Coordination of Health Care for Transsexual Persons: A Multidisciplinary Approach. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585-591.
14. Esteva, I., Giraldo, F., Bergero, T., Cano, G., Crespillo, C., Ruiz de Adana, S., Rojo, G. y Soriguer, F. (2001). Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la unidad de trastornos de Identidad de género en Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 27 (4), 273-280.
15. Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., Hernando, V. y Soriguer, F. (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 78, 65-70.
16. Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P. y García-Vega, E. (2014). Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. *Norte de Salud Mental*, 12, 26-35.
17. Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Martín Sánchez, E; Grupo GIDSEEN. (2017). Características de los menores de edad con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de identidad de género. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-9.
18. Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., Martínez, N. y Alvarez-Díez, J.A. (2018). Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e1-e7.
19. Fernández, R., Guillamón, A., Cortés-Cortés, J., Gómez-Gil, E., Jacome, A., Esteva, I., Almaraz, M.C., Mora, M., y Aranda, G. (2018). Molecular basis of gender: androgen and estrogen receptor interaction. *Psychoneuroendocrinology* 98, 161-7.
20. Fernández, R.; Esteva, I., Gómez-Gil, E.; Rumbo, T.; Almaraz MC.; Roda E.; Haro-Mora, J.J.; Guillamón, A.; Pásaro, E. (2014a). The (CA)n polymorphism of ERβ gene is associated with FtM transsexualism. *Journal of Sex Medicine*, 11, 720-8.
21. Fernández, R.; Esteva, I.; Gómez-Gil, E.; Rumbo, T.; Almaraz, M.; Roda, E.; Haro-Mora, J.J.; Guillamón, A.; Pásaro, E. (2014b). Association study of ERβ, AR, and CYP19A1 genes and MtF transsexualism. *Journal of Sex Medicine*, 11, 2986-94.
22. Giraldo Ansío, F., Esteva de Antonio, I., Bergero-Miguel, T., Maté, A., González, C., Baena, V., Tinoco, I., Cano Oncala, G. y Ruiz de Adana, M. (2001). Grupo de Género de Andalucía (Málaga). Experiencia quirúrgica tratando transexuales en la primera y única unidad del sistema público de salud español. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 27, 281-295.
23. Gómez Gil, E., Trilla García, A., Godas Sieso, T., Halperin Rabinovich, I., Puig Domingo, M., Vidal Hagemeyer, A. y Peri Nogues, J.M. (2006b). Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Españolas de Psiquiatría* 34, 295-302.
24. Gómez-Gil, E. y Esteva de Antonio, I. (2006). Ser transexual. Editorial Glosa, Barcelona.
25. Gómez-Gil, E., Simulionyte, E., Balcells-Oliveró, M., Valdés, M., Salamero, M., Guillamón, A., Esteva, I. (2019). Patterns of alcohol, tobacco, and illicit drug use among transsexuals. *Adicciones*, 31, 189-195.
26. Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Almaraz, M.C., Godás Sieso, T., Halperin, Rabinovich, I. y Soriguer Escofet, F. (2011a). Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Revista Clínica Española*, 211, 233-9.
27. Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M.C., Pasaro, E., Segovia, S. y Guillamón, A. (2010). Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 546-52.



28. Gómez-Gil, E., Gutiérrez, F., Cañizares, S., Zubiaurre-Elorza, L., Monrás, M., Esteve de Antonio, I., Salameo, M. y Guillamón, A. (2013). Temperament and character in transsexuals. *Psychiatry Research*, 210, 969-974.
29. Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salameo, M., Godás, T. y Valdés, M. (2009). Socio-demographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 378-92.
30. Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A. y Salameo, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90, 368-74.
31. Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteve de Antonio, I., Guillamón, A., y Salameo, M. (2014). Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 23, 669-76.
32. Guillamón, A., Junqué, C. y Gómez-Gil, E. (2016). A review of the status of brain structure research in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1615-1648.
33. Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., Esteve de Antonio, I.E., Navais-Barranco, M., Castro-Zamudio, S. y Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 587-596.
34. Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M. y Donat Colomer, F. (2008). Transexualismo hombre a mujer: intervención en adolescentes. *Sexología Integral*, 5, 85-87.
35. Maganto Pavón, E. (2007). La intervención del Dr. Francisco Díaz en el proceso inquisitorial contra Elena/o de Céspedes, una cirujana transexual condenada por la Inquisición de Toledo en 1587. *Archivos Españoles de Urología*, 60, 873-886.
36. Meyer III, W., Bockting, W.O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., Diceglie, D., Devor, H., Gooren, L., Hage, J.J., Kirk, S. y Kuiper, B. (2002). The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders, sixth version. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13, 1-30.
37. Moreno-Perez, O. y Esteve de Antonio, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 59, 367-82.
38. Rabito Alcón, M.F. y Rodríguez Molina, J.M. (2015). Body image in persons with gender dysphoria. *Medwave*, 15, 1-4.
39. Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T.S., Cruz-Gimeno, J., Rodríguez, G. y Fontdevila, J. (2015). Male-to-Female Genital Reassignment Surgery: A Retrospective Review of Surgical Technique and Complications in 60 Patients. *Journal of Sex Medicine*, 12, 1837-45.
40. Rodrigo Cucalón, M., Vinué, J., Esarte, J., Valero, M., Tor, M. y Alonso, J. (1995). Técnica personal del cambio integral de sexo de mujer a hombre en el transexualismo. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 21, 9.
41. Rodríguez-Molina, J.M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M.J. y Becerra-Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12, 16-23.
42. Zubiaurre-Elorza, L.; Junque, C; Gómez-Gil, E; Guillamón, A. (2014). Effects of cross-sex hormone treatment on cortical thickness in transsexuals individuals. *Journal of Sex Medicine*, 11, 1248-61.