

Guía de atención sanitaria para las personas trans en Euskadi

-

Diciembre 2025



INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	11
2.	ALCANCE Y OBJETIVOS	13
3.	CAMBIOS SOCIO-CULTURALES EN RELACIÓN CON LA TRANSEXUALIDAD EN NUESTRO ENTORNO	15
4.	EXPERIENCIA ASISTENCIAL ACUMULADA EN LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE OSAKIDETZA, SERVICIO VASCO DE SALUD	17
5.	AVANZANDO HACIA NUEVOS ENFOQUES EN LOS PROCESOS DE TRANSICIÓN EN NUESTRO ENTORNO	21
6.	EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	27
7.	SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA TRANS (SAPT)	31
8.	TERAPIA HORMONAL	33
9.	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS	39
10.	PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	45
11.	DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN	49
12.	LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN Y CRONOGRAMA	53
13.	DOCUMENTOS DE INTERES	57
14.	ANEXOS	61

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS:

ASA: American Society of Anesthesiologists (escala de evaluación del estado físico de un paciente y se correlaciona con el riesgo anestésico y quirúrgico)

EAP: Equipo de atención primaria

ESPE: European Society For Paediatric Endocrinology

GIDSEEN: Grupo de trabajo “Gónada, identidad y diferenciación sexual” de la SEEN

GnRH: Análogos de hormona liberadora de gonadotropina

HC: Historia clínica

HUC: Hospital Universitario Cruces

ICSI: inyección intracitoplasmática de espermatozoides

LGTBI: lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales

OSATZEN: Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria

OSI: Organización sanitaria integrada

SAPT: Servicio de Atención Primaria para la atención de personas trans

SEDyNE: Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi

SEEN: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

SEEP: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica

SNS: Sistema Nacional de Salud

THC: Terapia hormonal cruzada

TIS: Tarjeta de Identificación Sanitaria

TIS: Tarjeta Individual Sanitaria

TRHA: Técnicas o Tratamientos de Reproducción Humana Asistida

UIG: Unidad de Identidad de Género

URHA: Unidad de Reproducción Asistida

- Abad García, Roberto.** Subdirección de Enfermería y Cuidados.
- Altimasberes Alaminos, Brayan.** Loratuz Lotu.
- Aritzeta Iraola, José María.** Unidad Reproducción Humana Asistida. HU Galdakao.
- Ayerdi Aguirrebengoa, Oskar.** Subdirección de Asistencia Hospitalaria
- Berasategi García de Albéniz, Josune.** Logopedia, HU Cruces.
- Caramés Estefanía, Jaime.** Cirugía Plástica. HU Cruces
- De Miguel, Monike.** Farmacia Hospitalaria. HU Cruces
- Diez Lázaro, Santiago.** Ginecología. HU Cruces.
- Expósito Campos, Pablo.** Departamento Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad del País vasco.
- Fernández López, Carmen.** Endocrinología. HU Cruces
- Fernández Respaldiza, Itziar.** Pediatría AP Osi Barrualde (SVNP)
- Fernández Romarategui Gómez, Ainhoa.** Unidad Reproducción Humana Asistida. HU Araba.
- Ferro Galardi, Leire.** Pediatría Atención Primaria. Osi Araba (SVNP)
- Gil Borrelli, Christian.** Grupo de trabajo “Género, Diversidad Afectivo-Sexual y Salud” de la Sociedad Española de Epidemiología
- Gómez Suarez, Javier.** Otorrinolaringología. HU Cruces.
- González Fernández, Pedro.** Endocrinología. HU Cruces
- Grau Bolado, Gema.** Endocrinología Infantil. HU Cruces
- Guadilla Fernández, M^a Luisa.** Psiquiatría Infantil. HU Cruces
- Guajardo Omaechevarria, Leire.** Medicina de Familia y Comunitaria. Subdirección para la Coordinación de la Atención Primaria.
- Hernández Iuretagoyena, Rosa.** Aseguramiento y Prestaciones, Delegación Territorial Gipuzkoa. Departamento de Salud/Gobierno Vasco.
- Iñarra Velasco, Mari Jose.** Unidad Reproducción Humana Asistida. HU Donostia.

Presmanes Losada, Magdalena M^a. Directora Atención Integrada Osi Bilbao-Basurto

Martínez González, Beatriz. Urología. HU Cruces.

Matorras Weinig, Roberto. Unidad Reproducción Humana Asistida. HU Cruces.

Mayor Martínez, Aingeru. Naizen AFT.

Molina Montoro, Laura. Psicología Clínica. HU Cruces

Montes Aguilar, Sarai. Errespetuz

Nistal Garamendi, Koldobika. Medicina de Familia. Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria (OSATZEN).

Ogueta Lana, Mikel. Subdirección de Calidad y Resultados en Salud

Omaechevarria Legarra, Edurne. Dirección Médica. OSI EECruces (hasta junio del 2025).

Ortiz Cabezas, Isabel. Enfermería Cirugía Plástica, HU Cruces.

Paino Ortuzar, Maite. Subdirección de Atención Primaria

Pérez Alonso, Adelina. Subdirección de Asistencia Hospitalaria

Piñeiro López, Ares. Errespetuz.

Ponce de León Saenz de Navarrete, Susana. Psiquiatría. HU Cruces

Rica Etxebarria, Itxaso. Endocrinología Infantil. HU Cruces

Sever Egaña, Bea. Naizen AFT.

Ugarte Díez, Klaudia. Lumagorri.

Uría Etxebarria, Elena. Enfermera Subdirección Atención Primaria

Villar Gómez, María Irama. Dirección Médica. OSI EECruces

Zabaleta Rueda, Ainhoa. Pediatra CS Pasaia San Pedro. Subdirección Atención Primaria

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido importantes cambios sociales y culturales de reconocimiento de los derechos humanos con relación a la identidad sexual y/o de género, promovidos por organismos internacionales tales como el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa y el Parlamento Europeo y los poderes legislativos de varios países.

La Ley autonómica 14/2012, de 28 de junio, del Parlamento Vasco de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales es la primera referencia normativa que recoge la necesidad de hacer efectivos estos derechos en todos los ámbitos de la sociedad, incluida la atención sanitaria en el sistema sanitario público y la inclusión en su cartera de servicios de los procesos de transición médica.

La entrada en vigor de la ley impulsó la elaboración de una Guía Interinstitucional de atención integral a las personas transexuales, con actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario, que contó con la participación de las asociaciones de colectivos de personas trans y se publicó en el año 2016. En el contexto de esta norma y de la elaboración de la Guía, se consolidó el funcionamiento de la Unidad de Identidad de Género (UIG) de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, que ya funcionaba desde el año 2009 para la atención a personas trans adultas e incorporó la atención a población infantil en el año 2013.

Los cambios sociológicos y culturales de los últimos años requieren nuevos enfoques y planteamientos en los procesos de atención sanitaria a personas trans. La aprobación de la nueva Ley 4/2024, de 15 de febrero del Parlamento Vasco, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans, modifica la Ley 14/2012, con el objeto, precisamente, de trasladar esta evolución comunitaria de los valores sociales respecto a la población trans a nuestro ordenamiento jurídico y, en consecuencia, a los procedimientos de transición médica que se dispensan en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Euskadi. Esta ley autonómica está en concordancia con la Ley estatal 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

La ley 4/2024 recoge en el artículo 3 que los términos trans, transexual y transgénero pueden utilizarse como sinónimos, o pueden tener diferentes matices que dependen de la definición que hacen las personas que deciden usar

para sí uno u otro término. Se refiere a las personas que rechazan la categorización como hombre o mujer que se realizó al nacer en atención a sus genitales. La consideración de personas trans se regirá por el derecho a la libre autodeterminación de la identidad sexual y/o de género y solamente puede conocerse a través de la escucha de lo que la persona libremente expresa.

Acompañar en las transiciones a las personas trans es un esfuerzo multidisciplinar que implica un cuidado integral que incluye la salud física y mental a lo largo de la vida. Los protocolos de transición médica han de ser capaces de abordar de forma adecuada las necesidades de la población trans y mostrar capacidad de adaptarse al grado de diversidad que las personas trans muestran en cuanto a necesidades de tratamiento.

Esta nueva guía pretende actualizar la asistencia sanitaria dirigida a las personas trans en la Comunidad Autónoma Vasca, a la luz de la evidencia científica, y acorde al contenido de la Ley 4/2024, de 15 de febrero, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans. La guía recoge pautas de actuación en el área asistencial, como la implementación de Servicios de Atención Primaria a personas trans (SAPT) y la actualización de la cartera de servicios de Osakidetza, para ayudar a implementar buenas prácticas en los procesos de transición a través de rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con la identidad sexual y/o de género, permitiendo maximizar la salud general y la realización personal.

Esta versión de la guía requiere actualizaciones periódicas para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos, facilitar la identificación de áreas de mejora y establecer nuevas líneas de acción acordes a los resultados en salud en procesos de transición médica.

2. ALCANCE Y OBJETIVOS

Esta guía establece un marco de trabajo y está dirigida a todas las personas profesionales que forman parte directa o indirectamente de los circuitos asistenciales de los procedimientos de transición.

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Actualizar la asistencia sanitaria dirigida a las personas trans en Euskadi, a la luz de la evidencia científica, y acorde al contenido de la Ley 4/2024, de 15 de febrero, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Puesta en marcha de los servicios de atención primaria a personas trans (SAPT) de referencia en cada territorio histórico.
- Facilitar a las personas trans la atención y seguimiento en cercanía de los procedimientos relacionados con la transición y mantener la unidad de referencia especializada para los procesos de mayor complejidad.

3. CAMBIOS SOCIO-CULTURALES EN RELACIÓN CON LA TRANSEXUALIDAD EN NUESTRO ENTORNO

AVANCES EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS TRANS

Se han producido cambios culturales positivos en la aceptación social de las personas trans y las reivindicaciones y expectativas de estas personas están más presentes que nunca en nuestro contexto social.

El número de personas trans que solicitan atención sanitaria ha aumentado en los últimos años, siendo particularmente significativo en los tramos inferiores de edad. En el caso concreto de Euskadi, la edad mediana de las personas trans que acuden a la UIG de Osakidetza se ha situado ya en los 17 años.

LA DESPATOLOGIZACIÓN Y LA AUTODETERMINACIÓN DE LAS PERSONAS PARA DEFINIR SU IDENTIDAD SEXUAL Y/O DE GÉNERO

La consideración de persona trans no es una enfermedad ni una anomalía, sino parte de la diversidad humana, y se rige por el derecho de la libre autodeterminación acorde a la Ley estatal 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, y la Ley 4/2024 del Parlamento Vasco, de 15 de febrero, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans. Este derecho no puede ser limitado ni dificultado.

Acorde a la normativa, las personas trans no requieren un diagnóstico, un informe psiquiátrico ni un tratamiento médico para reconocer este derecho: La consideración de persona transexual o persona transgénero se registrará por el derecho a la libre autodeterminación de la identidad sexual o de género.

Para los procesos de transición médica, la necesidad y el sentir de la persona será el principal criterio. Las personas profesionales han de facilitar una asistencia basada en criterios de buenas prácticas y seguridad clínica con el objetivo de alcanzar la mayor satisfacción y mejorar la calidad de vida de las personas trans.

LA NO DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS TRANS EN SU ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS

El informe “Diagnóstico para identificar las vulneraciones de Derechos de las Personas LGTBI”, de diciembre de 2020, llevado a cabo por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, reveló que si bien los servicios públicos (incluido el sistema sanitario) presentan una incidencia de situaciones de discriminación más reducida que otros espacios sociales (como los de ocio, deporte...), también muestran en ocasiones experiencias de vulneración de derechos de las personas lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) que en la mayoría de las ocasiones se producen de forma inadvertida.

Las personas trans, por tanto, pueden percibir que siguen experimentando un cierto grado de discriminación por esta condición, lo cual crea barreras que impiden recibir una asistencia sanitaria apropiada. El Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes, incluye a las personas trans entre los colectivos especialmente vulnerables que precisan medidas específicas para garantizar su acceso en condiciones de igualdad y no discriminación a los recursos sanitarios o socio-sanitarios.

A pesar del grado de satisfacción del proceso de transición médica y de que ha habido cambios positivos en las actitudes sociales y culturales, junto con un reconocimiento legal, diversos estudios indican la persistencia de cierto grado de estigmatización que puede seguir presente durante la post-transición.

Es un objetivo de las personas profesionales sanitarias revisar las pautas asistenciales actuales para generar mejoras, tanto en la percepción de estas personas respecto al sistema sanitario como en los propios resultados clínicos. Si las personas sienten que están siendo bien tratadas, se sentirán más cómodas para hablar sinceramente sobre sus problemas y para seguir haciendo uso de los servicios sanitarios.

4. EXPERIENCIA ASISTENCIAL ACUMULADA EN LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE OSAKIDETZA, SERVICIO VASCO DE SALUD

La Unidad de Identidad de Género (UIG) del Sistema Sanitario de Euskadi inició su actividad oficialmente en 2009 para la atención de personas transexuales adultas y, a partir del año 2013, se amplió la atención a la población infantil dando respuesta a la Ley 14/2012 del Parlamento Vasco y en el contexto de la elaboración de la Guía interinstitucional de la atención integral a las personas transexuales.

Esta Unidad está ubicada en el Hospital Universitario Cruces (HUC), perteneciente a la Organización de Servicios Integrada (OSI) Ezkerraldea_Enkarterri_Cruces. La UIG, hasta el momento, ha estado integrada por las siguientes especialidades: Endocrinología, Endocrinología pediátrica (desde 2013), Psiquiatría/Psicología clínica, Psiquiatría infanto-juvenil (desde 2013), Cirugía plástica, Ginecología, Farmacia hospitalaria (desde 2013), Urología (desde 2016), Otorrinolaringología (desde 2016) y Unidad de Reproducción Humana (desde 2018).

La cartera de servicios de la UIG recoge la mayoría de las prestaciones descritas en la Ley 4/2024, incluyendo: Terapia de bloqueo puberal en menores de edad; inducción de los caracteres sexuales secundarios acordes al género/sexo sentido, cirugía de afirmación de género/sexual (en mayores de 18 años), preservación de la fertilidad y acceso a las técnicas de reproducción asistida.

El número de personas que acuden por primera vez a la UIG ha aumentado con el paso de los años, siendo especialmente llamativo en las personas menores de edad (Tabla 1).

GRUPO DE EDAD	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
< 16 años			1	2	3	5	10	33	48	48	82	55	55	48	390
16 - 18 años	5	3	3	2	7	4	6	26	29	30	48	38	25	22	248
> 18 años	46	37	17	14	21	21	23	48	51	49	126	75	72	70	670
Personas distintas atendidas	51	40	21	18	31	30	39	107	128	127	256	168	152	140	1.308

Tabla 1: N° de personas que acuden por primera vez a la UIG por año y rango de edad.

Desde el año 2015 se ha registrado un aumento significativo del número de consultas en la UIG, teniendo un pico especialmente elevado en los años 2021 y 2022 (Figura 1). En el anexo I se aporta un desglose de actividad en consultas según cada especialidad.

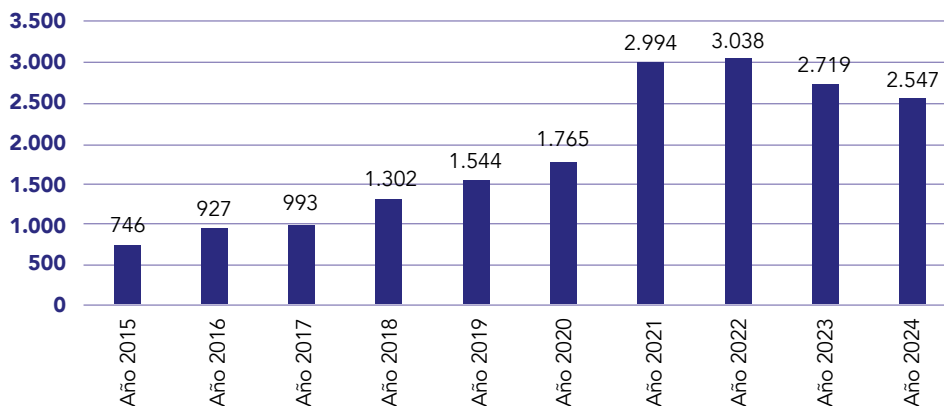


Figura 1. N° de consultas en la UIG por año, teniendo en cuenta el sumatorio de las distintas especialidades implicadas en esta atención.

Tomando como referencia el número de personas que han solicitado atención en la UIG de Osakidetza y la tesis doctoral “Evolución demográfica y morbilidad en la población transexual de Euskadi, 2009 – 2020”, la prevalencia mínima de personas trans en Euskadi se cifra en torno a los 2,4 casos por cada 10.000 habitantes, por encima de los datos estimados por muchos de los estudios europeos. Esto pudiera explicarse porque el criterio utilizado para considerar a una persona trans ha sido que haya acudido a solicitar atención; este criterio es menos restrictivo que en otros estudios.

En relación con la proporción entre hombres y mujeres trans atendidas, hasta 2020 la población de hombres trans ha sido ligeramente mayor que las mujeres trans (1,37:1), siendo este dato bastante estable en toda la serie temporal de la UIG desde su comienzo en 2009.

Durante los primeros años de funcionamiento de la UIG la mediana de edad de la población trans atendida era de 27 años para los varones y 29 años para las mujeres. Sin embargo, en el periodo 2015-2020 ha sido 17 años, un dato relevante pues se sitúa por debajo del umbral de los 18 años. Esta tendencia descendente de la edad en el momento de la solicitud de asistencia ya se ha identificado también a nivel internacional.

Las personas profesionales de la UIG han participado en actividades formativas y de investigación a lo largo de estos años. Su experiencia se ha presentado en congresos a nivel regional (SEDyNE), nacional (SEEP y SEEN) e internacional (ESPE). Forman parte de los grupos de trabajo relacionados con asistencia sanitaria a personas transexuales de la SEEN (GIDSEEN) y de la ESPE. En el ámbito de Endocrinología Pediátrica han participado en jornadas de formación a nivel hospitalario, en diferentes OSIs de Osakidetza, en los Colegio de Médicos, y en el entorno de la Universidad del País Vasco. Han participado en iniciativas de divulgación dirigidas a la sociedad, y también han publicado algunos artículos científicos, destacando el relacionado con aspectos epidemiológicos de la UIG y la colaboración en la elaboración de la Guía clínica de atención a menores de edad transexuales, transgéneros y de género diverso de la SEEN.

En la UIG se identifican como áreas de mejora prioritarias dos grandes bloques: establecer un Sistema de Información (SI) que permita recoger indicadores de todo el proceso de transición para facilitar el seguimiento y la evaluación de los servicios, y garantizar formas de trabajo en red entre las áreas clínicas implicadas para ofrecer una asistencia integral y dar respuesta a la demanda creciente de las personas trans (lista de espera y diversidad de tratamientos).

5. AVANZANDO HACIA NUEVOS ENFOQUES EN LOS PROCESOS DE TRANSICIÓN EN NUESTRO ENTORNO

Los protocolos de transición médica han de tener la capacidad de adaptarse al grado de diversidad que las personas trans muestran en cuanto a sus necesidades de tratamiento. Si bien muchas de ellas necesitan la terapia hormonal y la cirugía afirmativa, otras necesitan alguna o ninguna; en definitiva, el proceso de transición ha de adecuarse a las necesidades de cada persona.

Las guías de consenso internacional recomiendan la creación de equipos multidisciplinares y expertos en la acogida del caso, en el apoyo emocional y acompañamiento, en la dispensación de la terapia hormonal y en la realización de la cirugía general. Todas estas personas han de tener acceso a estos equipos con el objetivo de que se tomen las decisiones médicas oportunas disponiendo de un asesoramiento basado en principios de buenas prácticas clínicas.

5.1 **EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA TRANSICIÓN TANTO SOCIAL COMO MÉDICA**

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) del área de pediatría y de adultos representan la puerta de entrada a la red sanitaria pública y se encuentran en una situación estratégica dentro de la organización asistencial para tener conocimiento de todas las personas, incluidas aquellas relacionadas con la diversidad sexual y de género.

La visión integradora y global de la salud, intrínseca al trabajo de las personas profesionales de Atención Primaria, así como la cualidad de continuidad de cuidados que ofrece a lo largo de la vida de la persona, posiciona a estos equipos como de referencia en los distintos procesos de promoción de la salud y de la prevención del desarrollo de enfermedades.

Estos profesionales se sitúan en un escenario óptimo para obtener una visión transversal de la persona, así como para trabajar en red con el resto de estructuras especializadas que participan en los diversos procesos en función de las necesidades de cada persona.

5.2 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PERSONAS TRANS (SAPT):

Acorde a la Ley 4/2024 del Parlamento Vasco para hacer efectivo el planteamiento de un trabajo en red, se implementarán los Servicios de Atención Primaria de para personas trans (SAPT) en cada uno de los territorios.

Las personas que soliciten asesoramiento podrán acceder a los SAPT de referencia desde Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Asociaciones de personas trans o familiares de personas trans o a petición propia. Los SAPT trabajarán en red de forma coordinada con las personas profesionales de atención primaria y hospitalaria implicados en esta atención y con las estructuras sociales y comunitarias. Estarán ubicados en espacios de la red de Atención Primaria dependiendo de la Dirección de Integración de referencia en cada territorio.

En el Anexo II se describe el circuito asistencial de colaboración para la transición médica de las personas trans.

5.3 EL ROL DE LA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN MÉDICA

La transexualidad es una expresión de la diversidad humana, no es ninguna enfermedad y, por lo tanto, los protocolos de transición médica se encuentran “despsiquiatrizados”. Al igual que otras vivencias de estrés de minorías, la falta de apoyo sociofamiliar e institucional, así como el propio proceso de autoaceptación, hacen que la persona trans pueda presentar mayor vulnerabilidad para un sufrimiento emocional añadido a la vivencia de su identidad sexual/género autodeterminada.

Por ello, también se pone en valor la atención psicológica y psiquiátrica para las personas que lo necesitan y/o la demandan. La literatura científica considera la atención a la salud mental como un activo importante en el apoyo psico-emocional de la persona trans durante todo el proceso de transición médica y en el periodo de post-transición.

Si bien debemos despatologizar la vivencia de la identidad trans, no debemos caer en la estigmatización de la enfermedad mental.

El padecimiento de una enfermedad mental per se, sea de la naturaleza que sea, no tiene por qué ser motivo de rechazo para acceder a los procesos de transición. El objetivo será identificar y tratar cuanto antes la enfermedad mental, acompañando a la persona trans y su medio sociofamiliar para activar los recursos psicológicos, sociales y/o farmacológicos necesarios que están indicados en dicha enfermedad mental. Las personas profesionales de Atención Primaria, Servicios de Atención Primaria para personas trans (SAPT) y Unidad de Identidad de Género (UIG), han de poder identificar

estas situaciones y, en su caso, trabajar de forma transversal con las personas profesionales que forman parte de las Redes de Salud Mental de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa.

5.4 DESCENTRALIZACIÓN PARCIAL DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE REFERENCIA (UIG)

La ley 4/2024 recoge el derecho a la atención en proximidad sin sufrir desplazamientos y gastos innecesarios, así como, a solicitar la derivación a los centros de atención especializada para su tratamiento (Artículo 13, e).

Teniendo en cuenta la conformidad de la persona, ciertos procedimientos médicos y quirúrgicos pueden ser realizados en otros centros asistenciales existentes en el territorio de referencia de la persona. Esta descentralización persigue acercar la atención sanitaria a las personas y hacer un uso más eficiente de los recursos asistenciales existentes en el sistema sanitario público. Para ello, se identificarán los servicios clave y se establecerán los circuitos y la formación necesaria para manejar de forma apropiada los distintos procesos.

El anexo II recoge los y las agentes principales de este circuito asistencial de trabajo en red. La existencia de la historia clínica electrónica compartida en la red de Osakidetza es una herramienta que facilita el acceso a la información y permite una atención descentralizada y en cercanía.

Los procesos a descentralizar se recogen a continuación:

- A.** Descentralización parcial del tratamiento hormonal: En el área de adultos, la terapia hormonal se podrá prescribir en los servicios de endocrinología de referencia en función del territorio más cercano al usuario para los casos que ya están en seguimiento en la UIG o en caso de traslado de otras comunidades con tratamiento establecido. Los casos se abordarán de forma individualizada y en caso de dudas o complicaciones se podrá contactar con endocrinología de la UIG. A futuro se valorará la opción de iniciar estos tratamientos en los servicios de cada territorio. El área infantil continuará estos tratamientos en la UIG.
- B.** Descentralización parcial de los procedimientos quirúrgicos: Trabajar de forma coordinada con especialidades, como Cirugía Plástica, de distintos centros para determinadas intervenciones quirúrgicas y su seguimiento en consultas, fundamentalmente las que afectan a la cirugía de feminización o masculinización torácica.
- C.** Descentralización parcial de los procedimientos relativos a la preservación de la fertilidad y reproducción humana asistida: Se abordará de forma individualizada la posibilidad de realizar los procedimientos que sean posibles en la unidad más cercana.

5.5 **EVALUACIÓN, FORMACIÓN, COLABORACIÓN COMUNITARIA E INVESTIGACIÓN COMO ÁREAS DE TRABAJO PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS TRANS**

Es necesario identificar y promover áreas de trabajo que amplíen el conocimiento y permita implementar buenas prácticas en los procesos de atención sanitaria a las personas. Algunos de estos agentes favorecedores pueden ser los siguientes:

- Diseñar un sistema de información con indicadores que permita monitorizar y evaluar los resultados clínicos y calidad de vida de las personas trans atendidas en Osakidetza.
- Establecer estrategias que permitan recoger la opinión y sugerencias de las personas usuarias y profesionales implicados en los circuitos asistenciales.
- Impulsar la formación en diversidad sexual y de género y en la atención de las necesidades de las personas trans dirigido especialmente a profesionales que trabajan en estos circuitos asistenciales. Es necesario incluir cursos y recursos sobre salud trans en los itinerarios formativos desde el ámbito universitario, formación especializada (MIR,EIR...) y postgrado y formación continuada.
- Promover proyectos de colaboración con asociaciones de personas trans y de familias de menores de edad trans, agentes de la salud, de la educación y de los servicios sociales, de forma que se generen vínculos entre dichas asociaciones y estructuras de la administración para evaluar necesidades y facilitar respuestas. La sociedad por su parte debe avanzar en reducir el estigma de las personas trans y con diversidad de género.
- Impulsar la investigación clínica en torno a la atención en el proceso de transición médica. Promocionar la realización de estudios de investigación en estrecha colaboración con las sociedades científicas correspondientes, con las asociaciones de personas trans y/o familiares de menores de edad trans, y con las universidades.

5.6 **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)**

La información y el consentimiento informado son derechos reconocidos en la normativa sanitaria estatal y autonómica: ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.

Toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que haya recibido la información precisa y haya valorado las opciones

propias del caso. El consentimiento será verbal por regla general, y se ha de realizar por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión sobre la salud.

Las personas trans son las protagonistas en la toma de decisiones para su proceso terapéutico, tras una información veraz por parte de Las personas profesionales de la salud. Las personas profesionales sanitarios acompañan y facilitan la información sobre los riesgos y los beneficios de cada una de estos procedimientos.

El Consentimiento será por escrito para la mayor parte de los tratamientos de los procesos de transición médica: tratamiento hormonal y/o técnicas quirúrgicas, y en su caso preservación de la fertilidad. El CI será específico para cada terapia y recogerá los aspectos clínicos de interés a nivel individual de cada persona.

5.7 CAMBIOS DE DIRECCIÓN EN LOS TRÁNSITOS Y DESTRANSICIONES

La destransición puede consistir en detener o revertir los cambios sociales/físicos realizados durante el proceso de transición y puede formar parte de un proceso evolutivo de la identidad sexual y/o género, no necesariamente acompañada ni motivada por el arrepentimiento.

En ocasiones las personas discontinúan el tratamiento hormonal sin que ello signifique un arrepentimiento en su identidad sentida, es decir, son personas que dejan de necesitar la medicación y los cambios físicos para vivir acorde a su sexo sentido al encontrarse más empoderadas y aceptadas en su vida cotidiana.

En otras ocasiones las personas solicitan una destransición con cambio identitario y, en algunos casos, deseo de reversión. Algunas destransiciones se han asociado a morbilidad médica/psicoemocional o a grandes dificultades sociales. Cuando existan factores de riesgo, el objetivo será reducirlos al máximo y facilitar vías para la transición médica sentida y consensuada como parte de la toma de decisiones compartidas. Las peticiones de destransición requieren una valoración individualizada y decisiones consensuadas teniendo en cuenta la reversibilidad o no de algunos de los procedimientos realizados.

6. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La edad en que las personas trans acuden al sistema sanitario a solicitar asistencia médica es muy diversa y sus procesos de transición, sus necesidades y sus demandas de tratamiento también. De ahí la dificultad de mostrar un único procedimiento aplicable a todas las personas, pues cada una de ellas requiere un proceso de transición individualizado.

6.1 IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LAS PERSONAS TRANS

Los Equipos de Atención Primaria (EAP), personal facultativo y de enfermería del área de Pediatría y de Medicina Familiar y Comunitaria, se encuentran en un puesto estratégico y esencial dentro de la organización asistencial para ser conocedores de las necesidades de atención de las personas trans, pues en la mayoría de los casos, son el primer punto de contacto de éstas con los servicios sanitarios.

Es de vital importancia que en la consulta prevalezca la escucha activa, posibilitando que las personas trans puedan expresar su propia identidad. El EAP debe promover que la persona se sienta aceptada en su vivencia, previniendo el desarrollo de sentimientos de rechazo, ansiedad o aislamiento. Las personas profesionales han de dirigirse a la persona con el pronombre de su identidad sentida/autodeterminada, preguntándole y recogiendo el nombre elegido. Es también necesario que se utilice un lenguaje no patologizador; evitando actitudes estigmatizantes y procurando en todo momento un entorno seguro en la consulta.

La identidad sexual o de género puede empezar a explorarse a partir de los 2-4 años, por lo que la no coincidencia entre el género/sexo expresado y el asignado al nacer puede evidenciarse durante su infancia. Buscando el bienestar físico y emocional de la persona menor de edad, las personas profesionales del equipo de Pediatría de AP han de trabajar con la persona menor de edad y su familia más próxima para proporcionar espacios seguros, en los que se sienta libre para continuar expresándose, siendo escuchado de forma no condicionada ni juzgada, sintiéndose aceptado y querido de forma incondicional.

Hasta el momento del inicio de los signos de desarrollo puberal la buena praxis médica consiste en prestar atención a lo que la persona menor de edad va experimentando en relación a su propia identidad sexual y/o de género, promoviendo actitudes despatologizadoras y facilitar espacios y tiempo para que continúe mostrando su identidad sexual y/o de género a medida que evolutivamente va madurando.

La identidad sexual y/o de género, que no coincide con el sexo asignado al nacer; también puede expresarse por primera vez en la edad adulta.

CUÁLES SUELEN SER LOS HALLAZGOS:

La característica principal es el sentimiento de pertenencia a un género/sexo que no se corresponde con el sexo que le fue asignado al nacer; un sentimiento que por tanto únicamente puede ser expresado en primera persona.

El momento para ello y la manera de hacerlo es algo que forma parte del proceso unipersonal y puede suceder de diversas maneras: la persona se refiere a sí misma en un sentido de forma discrepante con el sexo asignado al nacer; negación explícita y confrontativa a la categorización sexual que realizan los demás; manifestar malestar más o menos acusado cuando se le clasifica sexualmente de manera errónea o ante la imposición de roles de género y modos sociales asociados al sexo que se le asignó al nacer; puede pedir a los demás que se dirijan en femenino o masculino en un sentido que no coincide con el sexo asignado al nacer; petición de usar un nombre correspondiente al género/sexo sentido; además, puede mostrar malestar en relación a sus genitales y a otras características corporales asociadas al sexo que se le asignó al nacer. Dicho malestar puede incrementarse al comenzar la pubertad y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, pudiendo evidenciarse síntomas de malestar emocional con sentimientos de aislamiento, ansiedad, depresión, aparición de autolesiones, etc.

APOYO EMOCIONAL:

Las personas profesionales del EAP han de ser conscientes de que el soporte y el acompañamiento emocional a la persona y también a su familia, especialmente en el caso de menores de edad, son la piedra angular en esta primera fase, así como en fases posteriores. Es necesario que las personas perciban la confianza adecuada para mostrar sus dificultades y preocupaciones en un proceso individual de desarrollo, construcción y expresión de la identidad sexual y/o de género a lo largo de la vida.

En el caso de las personas menores de edad, las personas profesionales de Pediatría de AP han de estar particularmente atentos a las personas adultas responsables de la persona menor de edad y reconocer la aparición de dificultades en respetar y apoyar a la persona menor de edad y en cubrir las necesidades que éste vaya expresando para desarrollarse plenamente.

6.2 LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAS TRANS (SAPT):

Cuando el EAP se encuentra con una persona trans que solicita asesoramiento en materia trans se atenderá su demanda y planteará la derivación al SAPT de referencia. En el caso de menores de edad, esta derivación se realizará de forma consensuada con la propia persona menor de edad y su familia.

6.3 CONTINUIDAD ASISTENCIAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:

El EAP ha de seguir promocionando la salud de forma global mediante una visión integradora, intrínseca al trabajo de las personas profesionales de Atención Primaria, teniendo en cuenta que hay determinantes sociales y condicionantes de vida que afectan al estado de salud de las personas trans.

De igual manera, es un eslabón muy importante en la detección de dificultades y posibles efectos adversos gracias al seguimiento en proximidad a largo plazo de la persona y su familia durante el tránsito social y/o médico, trabajando de forma complementaria y coordinada con los SAPT y resto de recursos asistenciales que forman parte de la red.

7. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAS TRANS (SAPT)

El acceso a los SAPT se podrá realizar a través de diferentes opciones: desde los EAP, otras estructuras asistenciales (endocrinología...), entidades comunitarias o a petición de la propia persona. Estarán ubicados en la red de Atención Primaria y trabajarán en red con el resto de estructuras y profesionales implicados en los procesos de transición. Han de disponer de acceso a la historia clínica y poder realizar interconsultas o derivaciones a través de la historia clínica electrónica (Osabide Global). Las agendas se establecerán en función de las distintas prestaciones: 1ª consulta, seguimiento, sesión, etc.

LAS FUNCIONES DE LOS SAPT ESTÁN PRINCIPALMENTE DIRIGIDAS A:

1. Acogida y acompañamiento a las personas trans y, especialmente en el caso de las personas menores de edad, también a su entorno. Escuchar su historia y sus necesidades, proporcionando la información que requieran y compartiendo conocimientos. Crear un espacio donde expresar dudas, incertidumbres, miedos, expectativas, motivaciones, de modo que la toma de decisiones sea reflexiva, integral y colaborativa. El acompañamiento ha de enfocarse en abordar los desafíos que pueden ir asociados a los procesos de transición a todos los niveles: impacto a nivel familiar y social, cambios emocionales o cambios en el funcionamiento sexual, entre otros. Este acompañamiento se ofrecerá antes, durante y después de los procesos de transición y a lo largo de la vida en función de las necesidades de cada persona.

Se proporcionará acompañamiento también a la familia/entorno, especialmente en el caso de menores de edad, ya que ellas también transicionan y pueden coexistir sentimientos de pérdida ambigua y duelo ambivalente.

2. Identificar las necesidades emocionales y sociales y planificar un apoyo psico-emocional personalizado, desde el respeto, durante el proceso de construcción de la identidad sexual.

3. Coordinar el trabajo en red con las personas profesionales de Atención Primaria y hospitalaria, como un equipo funcional que permita dar respuesta a las necesidades sanitarias de las personas trans. Facilitar información y circuitos de acceso para las terapias hormonales, cirugías, preservación de fertilidad y reproducción humana asistida entre otras prestaciones.

Participación en las sesiones y reuniones programadas periódicamente con la unidad de referencia, como un mismo equipo funcional para favorecer una atención asistencial integrada.

4. Asesoramiento en tareas administrativas de diferentes ámbitos, actualización de documentación acorde a su identidad sexual.
5. Acompañamiento en el tránsito social. La persona profesional asistencial, aceptando y respetando la identidad sexual/género expresada, puede acompañar en el tránsito social. El tránsito social no debe considerarse obligatorio ni una condición a cumplir de forma necesaria para poder optar posteriormente al tratamiento endocrinológico o quirúrgico. No es una obligación, dado que la persona no debe sentir la presión de visibilizarse a nivel social para vivir acorde con su identidad de género/sexual, pero sí puede ser reflejo del apoyo social y/o familiar que tiene la persona trans. Contar con dichos apoyos es un factor predictivo de alta satisfacción y calidad de vida, que facilita el empoderamiento de la persona.
6. Coordinación con las personas profesionales del ámbito educativo y social, en el caso de las personas menores de edad, después de obtener el correspondiente consentimiento informado por parte de la persona menor de edad/de las personas tutoras. El objetivo ha de consistir en diseñar y emprender planes integrales e individualizados que sirvan para mejorar la calidad de vida de la persona menor de edad.
7. Colaboración con los servicios sociales y comunitarios fundamentalmente en situaciones de vulnerabilidad.

En esta fase inicial de puesta en marcha de los SAPT, se contará con profesionales de enfermería y psicología sanitaria para desempeñar las funciones mencionadas. Se ha de trabajar con una metodología que se implementará de forma homogénea en los tres territorios y actuar como un mismo equipo funcional. En el Anexo 2 se describe de forma detallada el circuito asistencial.

8. TERAPIA HORMONAL

La prescripción de estos tratamientos se realiza en los Servicios de Endocrinología. Aquellos con edad inferior a 15 años en primera consulta a través de Endocrinología Pediátrica y los que tengan una edad igual o superior a los 15 años de Endocrinología de adultos. La derivación para la primera consulta se realizará desde los SAPT, tanto para aquellos que lo inician como para aquellos que solicitan continuidad de la terapia ya iniciada en otro lugar. Las visitas de seguimiento se propondrán desde los propios servicios de Endocrinología.

Los profesionales de Endocrinología valorarán la idoneidad física de la persona trans en esta etapa inicial y descartarán patología orgánica asociada, que pueda hacer posponer o contraindicar las terapias. Para ello, siguiendo los consensos de expertos internacionales en esta materia, se realizará una anamnesis detallada, una exploración física completa y se solicitarán las exploraciones complementarias, valorando posteriormente los resultados.

El inicio de estos tratamientos requiere consentimiento informado escrito, donde se recogerán los aspectos de interés y los apartados que la normativa establece sobre el contenido de estos documentos. Esta información se transmitirá de forma respetuosa, clara, comprensible y adecuada a la situación emocional y cultural de la persona, y en el caso de las personas menores de edad, también a la familia.

Todas las personas trans han de tener la oportunidad de tomar decisiones sobre su fertilidad antes o después de iniciar la terapia hormonal y/o antes de recibir tratamiento quirúrgico. Es de particular importancia informar sobre la opción de acudir a la Unidad de Reproducción Humana, donde recibirán la información adecuada para cada situación.

En el Anexo III se indican las intervenciones médicas para modificar los caracteres sexuales, acordes a la Ley 4/2024 (artículo 14), y por ello, incluidas en la cartera de servicios de Osakidetza para las personas trans.

8.1. TERAPIA DE BLOQUEO PUBERAL/BLOQUEO DE LA PUBERTAD ENDÓGENA EN MENORES DE EDAD:

El desarrollo de algunos caracteres sexuales en la pubertad como las mamas, prominencia laríngea, macizo facial masculino, voz grave, aumento del tamaño testicular y del pene, son parcialmente irreversibles, y conllevan para algunas personas trans la necesidad de cirugías posteriores. De ahí la indicación del bloqueo puberal para frenar el desarrollo de los caracteres secundarios, necesario cuando la progresión de los mismos le genera un malestar emocional intenso, tal y como esta indicado siguiendo las guías clínicas de actuación médica internacional y las sociedades científicas. Este bloqueo puberal es un proceso eficaz y que puede ser reversible.

CUÁNDO COMIENZA:

El tratamiento se inicia, si es posible, cuando las personas menores de edad alcanzan un estadio de Tanner 2 establecido. El estadio Tanner 2 se identifica por la confirmación clínica del inicio puberal acompañada de unos niveles hormonales y edad ósea acordes con la misma. Las personas menores de edad que acuden por primera vez con un desarrollo puberal más avanzado, de forma individualizada, se valorará el posible beneficio del uso de bloqueadores.

En ocasiones el tratamiento se prescribe con un desarrollo puberal más avanzado, como en el caso de las chicas trans porque existen beneficios si se espera a un Tanner 3, y este aspecto hay que consensuarlo con cada menor.

QUÉ CRITERIOS SE DEBEN CUMPLIR:

- A) Necesidad y deseo de la persona menor de edad. Expresión mantenida en el tiempo de que la identidad sexual o de género no corresponde con el sexo asignado al nacer.
- B) Inicio puberal objetivado.
- C) Ausencia de contraindicaciones
- D) Consentimiento informado escrito (Decreto 147/2015, artículo 8, apartado f). Será firmado por la propia persona en caso de mayores de 16 años o menores emancipados. En los demás casos, el consentimiento será otorgado por su representante legal. En el supuesto de que la persona menor tenga más de 12 años el consentimiento por su representación legal se dará después de haber escuchado la opinión de la persona menor. La negativa de madres, padres o personas tutoras a autorizar tratamientos relacionados con la transexualidad deberá ser puesta en conocimiento de los servicios sociales y, en su caso, podrá ser denunciada ante la autoridad judicial cuando conste que puede causar un grave perjuicio o sufrimiento a la persona transexual menor de edad.

MEDICAMENTO, RESULTADOS, REVERSIBILIDAD:

El bloqueo se lleva a cabo mediante la administración de análogos de hormona liberadora de gonadotropina, que es la terapia de primera elección recomendada actualmente en las guías clínicas internacionales de expertos. Hay menores de edad que no requieren su administración y en algunos casos concretos, ante situaciones muy concretas que contraindiquen o impidan el tratamiento con bloqueadores, se podría considerar el uso de otros fármacos no considerados de primera elección en la infancia y adolescencia. En estos casos es necesario contemplar y asumir el riesgo frente al beneficio que supone utilizar medicamentos fuera de indicación en la edad pediátrica.

EFFECTOS ADVERSOS DEL MEDICAMENTO:

Existen algunos efectos adversos menores relacionados con el uso de bloqueadores. Cabe destacar su posible repercusión sobre la densidad mineral ósea. Además, conviene consultar con las unidades de reproducción humana asistida de referencia, dado que esta terapia imposibilita la maduración gonadal necesaria para que la persona sea fértil, especialmente si el tratamiento se inicia en etapas muy tempranas del desarrollo puberal. Por estos motivos, hay que optimizar el momento de inicio y la duración de esta terapia, y tener la certeza de que la persona menor de edad y personas progenitoras o tutoras legales conocen los efectos adversos y dan su consentimiento.

SEGUIMIENTO:

Las personas profesionales de Endocrinología Pediátrica de la UIG llevarán a cabo un seguimiento clínico y analítico periódico para comprobar la eficacia del tratamiento y descartar la aparición de posibles efectos adversos.

HASTA CUÁNDO:

En los casos de feminización, se mantiene hasta que se hace la transición al servicio de Endocrinología, cuando alcanzan la mayoría de edad. En los casos de masculinización el tratamiento se mantiene hasta que la persona menor de edad tenga unos niveles de testosterona que impidan la función normal del ovario.

8.2. INDUCCIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES DEL GÉNERO/SEXO SENTIDO: TERAPIA HORMONAL DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO O TERAPIA HORMONAL CRUZADA (THC):

Se trata de estimular mediante la administración de hormonas el desarrollo de los caracteres secundarios del género sentido en la medida de lo posible. Se denomina terapia de reafirmación de género o terapia hormonal cruzada (THC).

CUÁNDO COMIENZA:

A una edad individualizada en función de la situación global de cada persona tanto en menores de edad (endocrinología pediátrica) como en personas adultas (endocrinología).

En general la terapia médica es un proceso gradual, aunque debemos recordar que ninguna fase de la transición médica es una obligación.

QUÉ CRITERIOS SE DEBEN CUMPLIR:

- A) Deseo y necesidad expresados por la persona. Expresión mantenida en el tiempo de que la identidad sexual/género no corresponde con el sexo asignado al nacer.

- B) Valorar las contraindicaciones. Algunos autores han apuntado ciertas contraindicaciones para comenzar esta fase de inducción de caracteres del sexo/género sentido, que han de ser valoradas de forma individualizada. Son objeto de análisis cuidadoso, previo al inicio del tratamiento hormonal, la concurrencia de ciertas patologías:
 - En caso de terapia hormonal de feminización: enfermedad tromboembólica, accidente cerebrovascular; hepatopatía activa (transaminasas más de 3 veces el límite superior de la normalidad), insuficiencia renal, hipertriglicéridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mal controlada, migrañas graves, historia familiar de cáncer de mama, prolactinoma.

 - En caso de terapia hormonal de masculinización: hepatopatía activa, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, hipertriglicéridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mellitus mal controlada.

También la edad avanzada debe ser incluida como un factor limitante más a tener en cuenta.

- C) Consentimiento informado escrito (Decreto 147/2015, artículo 4 apartado c y el artículo 8, apartado f): Derecho a que toda intervención terapéutica se realice con su consentimiento libre y voluntario, una vez recibida información veraz, comprensible y adecuada sobre su finalidad, naturaleza, consecuencias y riesgos. En este caso la persona estará informada sobre los efectos de las hormonas, sus beneficios (expectativas reales) y efectos adversos.

MEDICAMENTO, RESULTADOS, REVERSIBILIDAD:

La terapia feminizante se realiza utilizando el estradiol transdérmico y la terapia masculinizante mediante distintos preparados y presentaciones de testosterona.

Lo deseable, especialmente cuando se inician en personas jóvenes, es empezar por una dosis baja e ir incrementando de forma progresiva a lo largo de 2 años.

Siempre se recomienda plantear los diferentes tipos y vías de administración de estradiol

o testosterona, individualizando en cada caso la más adecuada.

Los cambios físicos esperados con la terapia hormonal son:

- En tratamientos feminizantes: hiperplasia mamaria, disminución de la función eréctil, disminución del tamaño testicular; distribución femenina de la grasa corporal y aumento del porcentaje de la grasa corporal en comparación de la masa muscular.
- En tratamientos masculinizantes: profundización de la voz, aumento variable del clítoris, crecimiento del vello facial y corporal, cese de la menstruación (amenorrea a los 2-3 meses), atrofia parcial del tejido mamario, disminución del porcentaje de la grasa corporal en comparación con la masa muscular y aumento de la libido.

En ambos casos, antes de comenzar la terapia hormonal es necesario informar sobre las expectativas reales de los tratamientos y la irreversibilidad parcial de los cambios que producen. En el caso de menores de edad, es fundamental que las y los progenitores/tutores sean informados junto con la persona menor de edad, y se recojan estas actuaciones en la historia clínica y en el documento de consentimiento informado.

Las personas trans han de ser conscientes de que hay mucha variabilidad interindividual en el logro de resultados clínicos y de que éstos van progresando de forma gradual durante los primeros 2-3 años de tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS DEL MEDICAMENTO:

En la literatura se han mencionado los siguientes:

- En tratamientos feminizantes: hepatotoxicidad, colelitiasis, tromboembolismo venoso, hiperprolactinemia por prolactinoma y elevación de triglicéridos.
- En tratamientos masculinizantes: eritrocitosis, hepatotoxicidad, síndrome de la apnea de sueño, elevación de la tensión arterial, microtromboembolismos pulmonares, y elevación de LDL y triglicéridos.

En ambas situaciones existen dudas sobre un posible incremento de riesgo cardiovascular; una pérdida de masa ósea y un aumento de algunos tipos de neoplasias.

SEGUIMIENTO:

Durante el proceso de tratamiento endocrinológico, se debe cuidar el metabolismo fosfo-cálcico, una ingesta equilibrada de calcio en la dieta, mantener unos niveles normales de vitamina D y medidas generales de prevención y promoción de la salud (tales como la actividad física, alimentación equilibrada o abandono del tabaco).

En el caso de las personas menores de edad las personas profesionales de Endocrinología

Pediátrica de la UIG y en el caso de las personas mayores de edad en endocrinología, llevarán a cabo un seguimiento clínico y analítico periódicamente para comprobar la eficacia del tratamiento y descartar la aparición de posibles efectos adversos.

Se recomienda que en las personas trans bajo tratamiento hormonal se realice despistaje de factores de riesgo cardiovascular durante el seguimiento. Igualmente, se aconseja que sigan las mismas recomendaciones de salud que la población general, tales como, las indicaciones del cribado de cáncer de colon, del cribado del cáncer de mama y del cribado de cáncer de cérvix. Se identificarán las posibles necesidades que hubiera para asegurar que las personas trans sean tenidas en cuenta correctamente en las campañas de prevención y detección de enfermedades.

HASTA CUÁNDO:

Se explorará cada situación de forma individualizada siguiendo las recomendaciones actualizadas de expertos.

Antes de cualquier intervención quirúrgica, es recomendable suspender el tratamiento con estradiol durante 1 semana, por el riesgo tromboembólico que conlleva la inmovilización. Si se decide realizar una gonadectomía, no será necesaria la terapia antiandrogénica posterior en los casos de feminización.

Tras una gonadectomía, el tratamiento estrogénico ha de mantenerse a dosis adecuadas para evitar clínica de hipogonadismo y pérdida de masa ósea. Así mismo, el tratamiento androgénico también se mantendrá para evitar sofocos y la pérdida de masa ósea.

9. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Algunas personas trans pueden precisar intervenciones quirúrgicas para conseguir una vida más satisfactoria. El acceso a los procesos de cirugía se realizará a través de las personas profesionales de Endocrinología de Osakidetza. Trabajando en red y de forma coordinada algunas intervenciones se llevarán a cabo en la UIG, por la alta complejidad de las mismas, y otras en los servicios especializados de cirugía de OSI de referencia en cada territorio.

El equipo de cirugía ha de tener un conocimiento minucioso del historial clínico de la persona a intervenir. El equipo de cirugía, a través de la escucha y el diálogo, establecerá una relación de confianza, informando de todos los aspectos de la intervención, para que la persona entienda correctamente antes de firmar el consentimiento informado escrito, que ha de ser específico para cada procedimiento quirúrgico. La coordinación con los SAPT y el resto de profesionales del equipo multidisciplinar facilitará esta relación.

9.1. **QUÉ CRITERIOS SE DEBEN CUMPLIR PARA INICIAR LA TRANSICIÓN QUIRÚRGICA**

Los criterios para poder iniciar la transición quirúrgica son los siguientes:

- A) Ser mayor de 18 años.
- B) Deseo y necesidad expresados por la persona.
- C) Ausencia de contraindicaciones.
- D) Valoración previa por Endocrinología de Osakidetza sobre la terapia hormonal.
- E) Consentimiento informado: la persona interesada ha de conocer con certeza los distintos tipos de técnicas quirúrgicas y sus

efectos, la irreversibilidad de la cirugía y sus limitaciones, sus beneficios (expectativas reales) y riesgos, el tiempo de hospitalización, las posibles complicaciones y el proceso de rehabilitación. Toda esta información se debe proporcionar por escrito y en un lenguaje claro, y debe plantearse previamente a la intervención, de modo que se puedan solventar las dudas y se pueda firmar el consentimiento informado. Mediante este consentimiento, la persona se responsabiliza de la decisión de hacer cambios irreversibles en su cuerpo.

ESTUDIO PREOPERATORIO:

Como en cualquier intervención quirúrgica, es necesario un estudio preoperatorio realizado por el Sº de Anestesia y en el que se confirma que el estado de salud de la persona es óptimo para poder llevar a cabo la intervención. Dicho estudio es realizado mediante una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. Este estudio preoperatorio determina un riesgo anestésico que se clasifica por la escala ASA y tiene una validez que oscila entre los 6 y los 12 meses, en función de dicho riesgo.

En esta consulta es importante facilitar información en relación al procedimiento, preparación y cuidados previos y resolver dudas.

9.2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, Y OTRAS PRESTACIONES, PARA CASOS DE FEMINIZACIÓN

Las intervenciones quirúrgicas feminizantes se agrupan en función de la región anatómica:

- 1.** Cirugía mamaria: mamoplastias con prótesis o lipotransferencia en ausencia de desarrollo mamario:

El efecto estrogénico máximo sobre la glándula mamaria se objetiva a partir de 2 años del tratamiento y no es hasta este momento cuando la persona trans debe plantearse esta intervención. Ante un estadio Tanner 3 o inferior; tras el tratamiento hormonal, se puede considerar que no se ha objetivado un desarrollo mamario adecuado.

Puede realizarse antes o después de la cirugía genital. Se realiza, habitualmente, mediante prótesis mamarias y, ocasionalmente, mediante técnicas de lipotransferencia. En el primer supuesto, las infecciones y la contractura capsular; aunque poco frecuentes, son las complicaciones más habituales. En el caso de la lipotransferencia, la necrosis grasa y la consecuente pérdida del volumen implantado, junto con las infecciones y hematomas (comunes a cualquier intervención quirúrgica) son las complicaciones más probables.

2. Cirugía genital: orquiectomía bilateral, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia:

La cirugía genital incluye orquiectomía bilateral, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y vulvoplastia, mediante la técnica de inversión de piel peneana (considerada como técnica óptima o patrón oro), siendo la sensibilidad erógena, así como la creación de una vagina funcional para las relaciones sexuales y el resultado estético más aceptable, los principales objetivos de esta cirugía. Las complicaciones más comunes de esta cirugía son: la necrosis parcial o completa de la vagina y los labios, la aparición de fistulas recto-vaginales, la estenosis de uretra y la creación de vaginas de longitud insuficiente para las relaciones sexuales.

En ambas regiones anatómicas, mamas y genitales, se debe tener en cuenta que pueden ser necesarias reintervenciones para mejorar el aspecto estético y/o funcional.

3. Otras cirugías y prestaciones:

3.1. Tratamientos para la modulación del tono y timbre de la voz (foniatría, logopedia, cirugía):

Valoración en consulta de ORL de los parámetros y las necesidades vocales de las personas trans que lo requieran. Si procede, derivación a logopedia.

La función del logopeda comprende la valoración vocal, objetivos de intervención y el tratamiento. La exploración no está enfocada a la detección de patología vocal, sino que busca definir un punto de partida. En los casos de feminización de la voz los objetivos de logopedia preoperatoria o sin cirugía vocal serán aumentar la Frecuencia fundamental en frecuencias vocales iniciales que permitan esa posibilidad (150Hz-170Hz), actuar sobre los formantes, aumentar la entonación y aprendizaje de técnicas vocales que aumenten las capacidades de resonancia y la percepción de voz femenina.

En caso de realizar rehabilitación vocal, se valorarán de nuevo los parámetros vocales y las necesidades de cara a plantear una intervención quirúrgica para la modulación del tono y timbre de la voz.

Estos procedimientos se realizarán de forma centralizada en la UIG. Posteriormente se trabajará de forma coordinada con las personas profesionales de logopedia para la rehabilitación vocal postoperatoria que requerirá del reposo vocal indicado tras la cirugía y de dotar de movilidad, elasticidad y resistencia a las cuerdas vocales para no instaurar patrones fonatorios de esfuerzo.

- 3.2.** Condroplastia o tiroplastia (remodelación del cartílago tiroides-nuez de Adán) a las personas que lo requieran en el servicio de ORL de referencia en la UIG.
- 3.3.** Prótesis no quirúrgicas de senos para aquellas que no lo hubieran desarrollado.
- 3.4.** Acceso a la unidad de reproducción asistida (URHA) para la preservación de la fertilidad: criopreservación del tejido testicular o semen (capítulo 9).

9.3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, Y OTRAS PRESTACIONES, PARA CASOS DE MASCULINIZACIÓN

Las intervenciones quirúrgicas se describen en función de la región anatómica:

1. Cirugía mamaria: mastectomía.

La técnica de mastectomía en estas personas viene condicionada por el volumen mamario, de modo que en ocasiones puede ser suficiente con una mastectomía subcutánea, mientras que en otros casos puede ser necesario practicar una resección cutánea e incluso realizar un injerto libre del complejo areola-pezones. Por lo tanto, las posibles complicaciones, incluyen: necrosis de complejo areola-pezones y/o pérdida de sensibilidad, irregularidades de contorno y cicatrices antiestéticas.

2. Cirugía genital: histerectomía y doble anexectomía, vaginectomía, uretroplastia, faloplastia y escrotoplastia.

Estos procesos quirúrgicos se realizarán tras una valoración individualizada teniendo en cuenta las necesidades de cada persona.

La faloplastia es el principal procedimiento genital en estas personas y se acompaña de vaginectomía, escrotoplastia y uretroplastia. Entre las técnicas de faloplastia, la más común es la creación de un neopene mediante un colgajo libre antebraquial basado en la arteria radial y su pedículo vasculonervioso concomitante. Sus objetivos son: la creación de un neopene estéticamente aceptable, la posibilidad de erección (para las relaciones sexuales) y de sensibilidad táctil y erógena, así como la micción a través de la neouretra.

Sin embargo, se trata de técnicas de muy alta complejidad, con elevado riesgo de complicaciones que requieren intervenciones adicionales para mejorar el resultado funcional y estético. Entre dichas complicaciones destacamos: las estenosis y fístulas urinarias, la necrosis parcial o completa del neopene y un resultado

estético y/o funcional que no concuerda con las expectativas.

3. Otras prestaciones:

3.1. Prótesis no quirúrgicas de pene y testículo.

3.2. Camisetas compresoras para los que hubieren desarrollado mama.

3.3. Acceso a la reproducción asistida para la preservación de la fertilidad: criopreservación del tejido gonadal y ovocitos (capítulo 9).

En el Anexo III se indican las intervenciones quirúrgicas para modificar los caracteres sexuales, acordes a la Ley 4/2024 (artículo 14), y por ello, incluidas en la cartera de servicios de Osakidetza para las personas trans.

9.4. CUIDADOS POSTOPERATORIOS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

El seguimiento postoperatorio a largo plazo es importante para la posterior salud física y mental de la persona. Se deben monitorizar los siguientes aspectos:

- A) La aparición de posibles complicaciones post-quirúrgicas.
- B) La aparición de posibles complicaciones por el mantenimiento de forma indefinida del tratamiento hormonal (testosterona o estradiol) tras la gonadectomía (la indicación de monitorización de la densidad mineral ósea en aquellos individuos con alto riesgo de osteoporosis).
- C) Las personas que lo soliciten, podrán continuar con un acompañamiento y apoyo psico-emocional en los SAPT después de los procedimientos quirúrgicos de forma coordinada con las personas profesionales de Atención Primaria.

10. **PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA**

La preservación de la fertilidad y el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (RHA) es un derecho reconocido para las personas trans tanto en la Ley 4/2024 del Parlamento Vasco (artículo 20) como en la Ley estatal 4/2023 (artículo 16.2).

La Ley 4/2024 del Parlamento Vasco recoge de forma específica en el artículo 20 lo siguiente:

- Se les ofrecerá a las personas trans la posibilidad de congelar tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación, siempre que clínicamente sea viable, independientemente de si la persona trans había iniciado previamente o no tratamiento hormonal.
- Se garantizará el acceso a las técnicas de reproducción asistida a todas las personas con capacidad de gestar que así lo deseen, independientemente de su identidad sexual, así como a las parejas de las personas trans.

Para estos procedimientos hay que tener en cuenta los criterios de acceso aplicables a todas las técnicas que se realicen en el Sistema Nacional de Salud, y cuya actualización más reciente corresponde a la Orden Ministerial SND/606/2024 (BOE nº 147 del 18 de junio de 2024).

En concreto interesa tener en cuenta:

- En relación a la preservación de la fertilidad, criopreservación de gametos para uso propio diferido, no se aplicará el límite mínimo de edad de 18 años. Los ovocitos pueden ser criopreservados hasta los 40 años y el semen hasta los 55 años.
- En relación a la aplicación de reproducción asistida, los gametos criopreservados pueden ser utilizados por las personas trans o sus parejas con capacidad de gestar desde los 18 años hasta los 50 años.

Las personas trans podrán acceder a la unidad de Reproducción Humana Asistida (RHA), con el objeto de emprender los procedimientos pertinentes para la preservación de la fertilidad y acceder a las técnicas de reproducción asistida, incluyendo como beneficiarios a todas las personas con capacidad de gestar y/o sus parejas.

Es imprescindible informar sobre la preservación de la fertilidad antes de llevar a cabo cualquier tipo de terapia para la transición médica. En las personas trans la infertilidad o la esterilidad pueden aparecer como consecuencia de los tratamientos hormonales y/o procedimientos quirúrgicos. Es importante conversar sobre la posibilidad de un deseo presente o futuro de maternidad/paternidad y valorar las opciones disponibles para preservar la fertilidad.

A pesar de que las técnicas para la preservación de la fertilidad en algunos casos pudieran aumentar el malestar, los estudios publicados muestran una gran tolerancia a las mismas y una gran satisfacción, en general, con el proceso para la preservación de la fertilidad.

Para los tratamientos dirigidos a la preservación de la fertilidad y para su uso, se requerirá el consentimiento previamente informado de la persona interesada, en atención a su desarrollo y madurez, en los términos que marca la ley.

10.1. PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PROCESO DE FEMINIZACIÓN:

Se ofrecerá preservar los gametos o semen independientemente de si la persona ha iniciado o no un tratamiento hormonal, siempre que clínicamente sea viable. El uso de bloqueadores y terapia estrogénica puede tener un efecto negativo sobre la función testicular, motivo por el que se suele recomendar valorar esta opción antes de iniciar el tratamiento hormonal. No hay una evidencia clara sobre si estos efectos son reversibles o no, y también existen dudas sobre la dosis y el tiempo de uso seguros.

Dado que la cirugía con orquiectomía y penectomía produce esterilidad de forma irreversible, esta opción ha de plantearse antes de estas técnicas.

Los procedimientos han de ser valorados de forma individualizada en la unidad de reproducción asistida, los más habituales son:

- 1. Congelación de espermatozoides:** Es el método de elección en personas que tiene un desarrollo puberal avanzado. El semen se obtiene por masturbación y es congelado hasta su utilización en el futuro. En los casos en que la masturbación no sea posible o sea rechazada puede considerarse la eyaculación asistida (electroestimulación).

2. Punción testicular y recuperación quirúrgica de espermatozoides para su congelación. Está indicada si no aparecen espermatozoides viables en el semen o no se consigue la eyaculación. En general es muy poco usada ya que la biopsia testicular es más exitosa.
3. Biopsia testicular y conservación de los espermatozoides obtenidos. Consiste en extraer unos fragmentos de tejido testicular bajo anestesia general. Una vez extraído el tejido se analiza en busca de espermatozoides y de hallarse se congelan para su uso posterior. Esta biopsia puede llevarse a cabo durante la cirugía de afirmación.

10.2. **PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PROCESO DE MASCULINIZACIÓN:**

Se ofrecerá preservar los gametos o óvulos independientemente de si la persona ha iniciado o no un tratamiento hormonal, siempre que clínicamente sea viable. En función del desarrollo puberal, cuando no ha habido una determinada madurez se obtiene un menor número de ovocitos y mayor tasa de aneuploidía. En caso de haber iniciado la terapia hormonal androgénica se informará de la necesidad de suspender dicha terapia entre tres y seis meses antes de realizar la preservación de la fertilidad.

Se describen los procedimientos:

1. Vitrificación ovocitos: es la técnica más utilizada actualmente. Implica una estimulación ovárica controlada, una punción vaginal para la recuperación de los óvulos y someterlos a un proceso de criopreservación ultrarrápida o vitrificación. Existen protocolos específicos de estimulación para minimizar el aumento de estrógenos en sangre, y minimizar los síntomas derivados de la acción de los mismos que pudieran resultar no deseables, si bien muchas veces no son necesarios por ser bien tolerados.
2. Congelación de tejido ovárico: es una técnica experimental que consiste en la extracción quirúrgica, bajo anestesia general, de unos fragmentos de la corteza del ovario que son congelados. Los fragmentos de tejido ovárico congelados podrían ser reimplantados en un futuro para buscar una gestación mediante estimulación ovárica para un ciclo de fecundación in vitro o, excepcionalmente, para una gestación natural.

Puede tener especial interés en personas sin desarrollo puberal o con el desarrollo iniciado, pero sin fertilidad.

Para la preservación de la fertilidad en general, se insiste en la recomendación de obtener óvulos/espermatozoides maduros frente a otro tipo de técnicas de obtención. La congelación de tejido ovárico/testicular son técnicas actualmente experimentales, cuyos resultados por el momento son escasos. Es posible acceder a óvulos/espermatozoides una vez ya instaurado el tratamiento hormonal estrogénico/androgénico, con una interrupción del mismo de escasos meses.

10.3. ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRHA):

Los gametos criopreservados podrán ser utilizados por la persona y/o sus parejas con capacidad de gestar hasta la edad de 50 años, acorde a los límites de edad que actualmente establece la cartera de servicios del SNS.

La técnica a aplicar se consensuará en la consulta de la unidad de RHA, que en principio serán técnicas de fertilización in vitro, ICSI o vitrificación de embriones.

11. DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

Es éste un capítulo a tener en cuenta para establecer de forma correcta los datos de identificación de la persona en Historia Clínica y garantizar el máximo nivel de seguridad en la asistencia y, por otra parte, en el desarrollo de sistemas de información (SI) adecuados que permitan la recogida de indicadores de los procesos de transición y el análisis y evaluación de la calidad de la asistencia.

11.1 DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA

La ley 4/2024 del Parlamento Vasco recoge en el artículo 9 que las administraciones públicas vascas, deberán adoptar las medidas necesarias para que la documentación administrativa sea adecuada a la identidad sexual y de género de las personas trans. En el acceso a los servicios y prestaciones públicas se garantizará que las personas trans puedan ser nombradas y tratadas de acuerdo a su identidad sexual/género. Los entes públicos de la Comunidad Autónoma Vasca han de habilitar los mecanismos administrativos oportunos y coordinados para actualizar en los archivos, bases de datos y demás ficheros pertenecientes a la Administración toda referencia a la identificación anterior de las personas o a cualquier dato que haga conocer su realidad trans, con excepción de las referencias en el historial médico confidencial de la persona a cargo de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Es decir, la Historia Clínica (HC) es el único ámbito en que se pueden mantener las referencias a datos previos al cambio registral, excepción que se justifica para garantizar la atención a las necesidades de salud. Para ello en los últimos años se estableció un circuito de colaboración entre el Departamento de Salud y Osakidetza y el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, con el fin de recoger los cambios solicitados por la persona trans (nombre y sexo) y trasladarlos a la HC. Es un circuito que implica una resolución favorable por la Dirección de Diversidad, Convivencia y Solidaridad intergeneracional (DDCyS),

emisión de TIS con el nombre y sexo reconocidos, y traslado a Osakidetza para su incorporación en la base de datos de HC. Este circuito requiere revisión y adaptación aprovechando los cambios que a nivel estatal se han producido y que se citan a continuación.

A nivel del Ministerio de Sanidad, en concreto la secretaria general de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud, se está actualizando la aplicación informática para incluir de forma adicional las variables “sexo asignado al nacer” y “sexo sentido o legal” en la Base de Datos de Población Protegida (BDPP) del Sistema Nacional de Salud. Esta decisión apoya el hecho de tener perfectamente identificadas a todas las personas con nombre y sexo, datos críticos para la identificación inequívoca de las personas/pacientes tanto en términos de seguridad clínica como por las repercusiones en las intervenciones preventivas, diagnósticas o curativas asociadas al sexo biológico.

Por otra parte, la ley estatal 4/2023, recoge en el CAPÍTULO I aspectos referentes a la “Rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas y adecuación documental”. El artículo 43 (Legitimación) dice:

- Toda persona de nacionalidad española mayor de dieciséis años podrá solicitar por sí misma ante el Registro Civil la rectificación de la mención registral relativa al sexo.
- Las personas menores de dieciséis años y mayores de catorce podrán presentar la solicitud por sí mismas, asistidas en el procedimiento por sus representantes legales.
- En el supuesto de desacuerdo de las personas progenitoras o representantes legales, entre sí o con la persona menor de edad, se procederá al nombramiento de un defensor judicial de conformidad con lo previsto en los artículos 235 y 236 del Código Civil.
- Las personas con discapacidad podrán solicitar, con las medidas de apoyo que en su caso precisen, la rectificación registral de la mención relativa al sexo.
- Las personas menores de catorce años y mayores de doce podrán solicitar la autorización judicial para la modificación de la mención registral del sexo en los términos del capítulo I bis del título II de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.
- Las personas menores de 12 años pueden solicitar junto al acuerdo de las madres y padres o personas tutoras legales la rectificación registral al nombre.

Esta rectificación en el registro civil permite a la persona adaptar sus documentos de identidad y simplificar el circuito actual para la documentación administrativa en Euskadi entre los agentes antes citados: Dirección de Diversidad, Convivencia y Solidaridad intergeneracional (DDCyS), Dirección de Aseguramiento y Contratación (TIS) y la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. El circuito actual para adaptar la documentación administrativa a los datos solicitados (nombre y sexo) por la persona trans, ha de redirigirse al “registro civil”, que una vez realizado el cambio permitirá la identificación inequívoca en la base de aseguramiento del SNS y la concordancia entre los documentos (DNI y TIS). La “Estrategia de Seguridad Clínica 2030” de Osakidetza recomienda establecer actuaciones que garanticen la identificación inequívoca de la persona paciente que incluye actuaciones a nivel físico y de aplicaciones informáticas corporativas.

Si bien ésta será la vía principal de actuación, se establecerá la posibilidad de que las personas trans cuenten mientras no se modifique la documentación dependiente de la Administración estatal, con documentación administrativa adecuada, con el objetivo de favorecer una mejor integración durante dicho proceso, evitando situación de sufrimiento y discriminación.

Para las personas trans inmigrantes con residencia en la Comunidad Autónoma Vasca, la documentación administrativa referida en el párrafo anterior se entenderá vigente hasta el momento en que puedan proceder al cambio registral en el país de origen. En el caso de las personas solicitantes de asilo o protección internacional, se deberán añadir los problemas que pudiera haber con la documentación del país origen al derecho a recibir la documentación administrativa adecuada que se desarrollara reglamentariamente, entre otras cuestiones profundizando en la coordinación e identificando necesidades específicas.

11.2. SISTEMA DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRANSICIÓN DE LAS PERSONAS TRANS EN OSAKIDETZA:

La Ley trans 4/2023 recoge en el artículo 58.c la necesidad de establecer indicadores que permitan hacer un seguimiento sobre los tratamientos, terapias e intervenciones a las personas trans, así como procedimientos de evaluación de la calidad asistencial durante todo el proceso de atención. En la misma línea, la Ley 4/2024 del Parlamento Vasco recoge en el artículo 21 con el título “Estadísticas y tratamiento de datos”: la creación de estadísticas para el seguimiento de la atención a personas trans y sobre los resultados de los diferentes tratamientos, así como la evaluación de la calidad asistencial (acorde a los principios de confidencialidad estadísticas).

La HC electrónica ha de ser la fuente de datos para la construcción de un Sistema de

Información adecuado, que recoja indicadores de los procesos de atención a la transición sanitaria, un área de mejora tal como recogen los servicios implicados actualmente en la unidad de referencia en el Hospital de Cruces. El diseño del sistema de información requiere la existencia de formularios en Historia Clínica electrónica (Osabide Global) para recoger la información sobre la atención en distintos procesos de la transición.

El SI permitirá la recogida de indicadores de accesibilidad (demoras, lista de espera), actividad (uso de recursos) y resultados clínicos y de satisfacción con la atención recibida. Se propone el uso de metodologías que permitan indicadores desde la seguridad clínica y la calidad de la atención, incluida la satisfacción y la experiencia del paciente (PREM y PROM).

En resumen, recoger información adecuada que permita detectar BBPP en atención sanitaria a las personas trans, acorde a las estrategias globales de Osakidetza tales como la Estrategia de Seguridad, de humanización y la estrategia de valor:

12. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN Y CRONOGRAMA

En este capítulo se establecen las líneas estratégicas fundamentales de actuación con el objetivo de dar respuesta al contenido de la Ley 4/2024, de 15 de febrero del Parlamento Vasco, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans (capítulo 3).

En el Anexo IV se aporta un cronograma que resume el despliegue de las líneas estratégicas que se enumeran a continuación:

- 1. Línea estratégica: Despliegue de la guía sanitaria.**
 - 1.1.** Edición y difusión de la guía.
 - 1.2.** Constituir el grupo de trabajo para la implementación de la guía sanitaria.
- 2. Línea estratégica: Definición y despliegue de los SAPT**
 - 2.1.** Contratación del personal: proyecto y convocatoria.
 - 2.2.** Definición de agenda acorde a las necesidades y funciones.
 - 2.3.** Plan de formación y rotación por los servicios de referencia y grupos de interés.
 - 2.4.** Elaborar una metodología de trabajo homogénea entre los tres centros de referencia (Manual de intervención).
- 3. Línea estratégica: Visibilizar el papel de atención primaria en la atención de personas trans**
 - 3.1.** Coordinación y trabajo en red con el resto de dispositivos asistenciales para una atención integral.
 - 3.2.** Desarrollar las actividades de prevención y promoción de la salud de forma continuada acorde a las necesidades de la persona y guías locales de actuación.

- 4. Línea estratégica: Facilitar la accesibilidad y el seguimiento de la terapia hormonal**
 - 4.1.** Facilitar la atención en cercanía para las personas adultas con terapia hormonal de afirmación de género/sexual actualmente en seguimiento en la UIG de Cruces.
 - 4.2.** Atención en cercanía de las personas adultas que inicien terapia hormonal de afirmación de género/sexual.
 - 4.3.** Revisar los consentimientos informados específicos.
- 5. Línea estratégica: Optimizar los procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género:**
 - 5.1.** Abordar la cirugía mamaria en coordinación con servicios de referencia en cercanía.
 - 5.2.** Fortalecer el trabajo multidisciplinar y aumentar la capacidad asistencial para los procedimientos quirúrgicos del área genital.
 - 5.3.** Analizar estrategias para dar respuesta a la demanda actual de las cirugías genitales.
 - 5.4.** Definir el circuito para las intervenciones de tiroplastia y la atención foniátrica.
 - 5.5.** Garantizar el acceso a prótesis no quirúrgicas recogidas en la cartera de servicios.
 - 5.6.** Revisar los consentimientos informados específicos.
- 6. Línea estratégica: Garantizar el derecho a la preservación de fertilidad y acceso a las técnicas de reproducción asistida:**
 - 6.1.** Atención en cercanía de la preservación de fertilidad.
 - 6.2.** Acceso a las técnicas de reproducción asistida en cada territorio.
 - 6.3.** Revisar los consentimientos informados específicos.
- 7. Línea estratégica: Crear un sistema de evaluación y seguimiento**
 - 7.1.** Diseñar una herramienta de recogida de datos a través de la historia clínica

electrónica que permita el análisis y evaluación y seguimiento de los procedimientos de transición.

- 7.2.** Explorar instrumentos para la recogida de opinión, satisfacción y/o experiencia de las personas usuarias.
- 8.** Línea estratégica: Fomentar la formación e investigación relacionadas con las necesidades de atención a las personas trans:
 - A.** Diseñar e impulsar actividades de formación en la red.
 - B.** Promover proyectos de investigación e innovación.
 - C.** Establecer colaboraciones con las asociaciones de personas trans y familiares de menores de edad trans.

13. DOCUMENTOS DE INTERES

- Grupo de Trabajo para el abordaje integral de la atención a personas transexuales. Guía de atención integral a las personas transexuales. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario. Gobierno Vasco 2016
- LEY 4/2024, de 15 de febrero, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas trans. BOPV N°44, 29 de febrero del 2024.
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. BOE N°51, 1 de marzo de 2023.
- Dirección de Política familiar y Diversidad del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. Diagnóstico para identificar las vulneraciones de los derechos de las personas LGTBI. Informe final (ref. E4945). Diciembre 2020.
- Tesis Doctoral, González Hernández, Pedro. “Evolución demográfica y morbilidad en la población transexual de Euskadi (2009-2020)”
- A. Moral-Martos, J. Guerrero-Fernández, M. Gómez Balaguer et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. Anales de Pediatría 96 (2022) 349.e1-349.e11.
- P. Gorrotxategi Gorrotxategi, A. Zabaleta Rueda, E. Callejas Pozo. Abordaje de la transexualidad en las consultas de Atención Primaria. Bol S Vasco-Nav Pediatr: 2021; 53: 6-10.
- DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. BOPV N°146, 4 de agosto 2015.

- Orden del Ministerio de Sanidad SND/606/2024, de 13 de junio, (BOE nº 147 del 18 de junio del 2024) que actualiza los criterios generales de aplicación de la TRHA de la cartera de servicios del SNS, y los criterios de acceso a cada una de las técnicas (apartado SIETE).
- Estrategia para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Atención Primaria. febrero de 2023. Disponible en la web: www.osakidetza.euskadi.eus
- Bermúdez-Pozuelo L, Sordo Del Castillo L, Belza Egozcue MJ, et al. Healthcare for trans people in primary care. *Med Clin (Barc)*. 2024 Sep 13;163(5):253-259. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2024.01.049. Epub 2024 May 1. PMID: 38697894.
- Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España [Towards a public health system with pride: equity in health in the lesbian, gay, bisexual and trans community in Spain]. *Gac Sanit*. 2017 May-Jun;31(3):175-177. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.09.013. Epub 2016 Dec 28. PMID: 28038788.
- Belza MJ, González-Recio P, Moreno-García S, et al. *Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024
- Reflexiones en clave bioética al documento «Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso». *Anales de Pediatría* 97 (2022) 148-151.
- Australian Standards of care and treatment Guidelines, for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3. Melbourne: The Royal Children's Hospital; 2020.
- Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. Esther Gómez-Gil et al. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 16 de noviembre e1-14. Accesible en web: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11582758/>
- J, O., & G, D. (2015). *Voz y comunicación transgenero: evidencia de investigación que sustenta la intervención de voz para mujeres transgenero de hombre a mujer: Voice and upper airway disorders*. American Speech Language Hearing Association.
- Lorimer, G., & B, a. R. (2025). The efficacy of gender affirming voice and communication therapy a systematic review. *Journal of voice*.
- Mora, E., Carrillo A, G. A., & Becerra A, L. M. (2017). Translation, cultural adaptation, and preliminary evaluation of the Spanish versión of the transgender Voice Questionnaire for Male to female Transexuals (TVQMtF). *Journal of voice* .

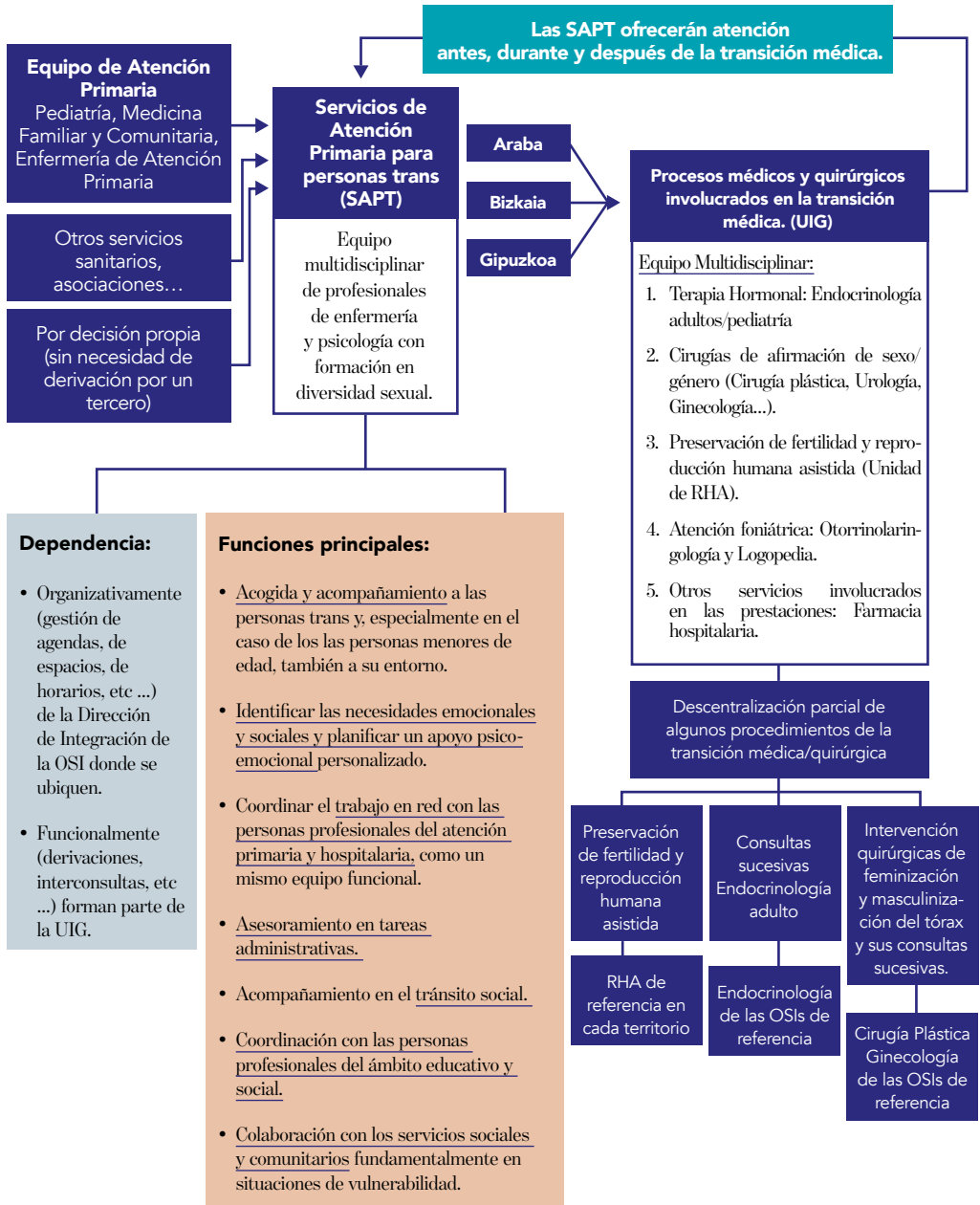
- Grupo de trabajo: Genero, diversidad afectivo-sexual y salud - Sociedad Española de Epidemiología
- Estudio Transaludes sobre salud en personas trans y/o no binarias. Nota de prensa. Acceso a: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6566>
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644. PMID: 36238954; PMCID: PMC9553112.
- Estrategia de Seguridad del Paciente 20 30. Osakidetza. Abril 2023. Disponible en la web: www.osakidetza.euskadi.eus
- Estrategia de Valor en Osakidetza. Julio 2023. Disponible en la web: www.osakidetza.euskadi.eus

14. ANEXOS

Anexo 1. Actividad de consultas de las distintas especialidades de la Unidad de Identidad de Género por años.

CIRUGÍA PLÁSTICA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Cirugía plástica	Primeras consultas	10	25	14	35	55	62	75	107	99	92	574
	Consultas sucesivas	143	150	143	172	206	242	372	271	215	247	2.161
	Total consultas	153	175	157	207	261	304	447	378	314	339	2.735
ENDOCRINOLOGÍA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Endocrinología	Primeras consultas	22	30	41	91	93	90	214	135	141	138	995
	Consultas sucesivas	175	252	240	307	385	406	614	870	801	863	4.913
	Total consultas	197	282	281	398	478	496	828	1.005	942	1.001	5.908
PEDIATRÍA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Ped. Endocrino	Primeras consultas	2	2	12	31	41	43	71	55	54	45	356
	Consultas sucesivas	22	30	66	120	231	323	517	569	621	594	3.093
	Total consultas	24	32	78	151	272	366	588	624	675	639	3.449
Psiquiatría infantojuvenil	Primeras consultas	5	3	11	20	15	26	16	10	5	4	115
	Consultas sucesivas	20	46	88	136	163	199	358	389	294	191	1.884
	Total consultas	25	49	99	156	178	225	374	399	299	195	1.999
PSIQUIATRÍA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Psiquiatría general	Primeras consultas	25	38	32	59	63	68	156	91	93	42	667
	Consultas sucesivas	295	327	313	228	161	198	283	247	250	145	2.447
	Total consultas	320	365	345	287	224	266	439	338	343	187	3.114
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Ginecología	Primeras consultas	5	5	6	7	10	3	8	5	7	6	62
	Consultas sucesivas	10	9	5	11	24	14	29	14	24	12	152
	Total consultas	15	14	11	18	34	17	37	19	31	18	214
Reproducción humana	Primeras consultas	3	2	4	21	27	23	65	67	22	35	269
	Consultas sucesivas	0	4	6	54	44	45	187	174	61	59	634
	Total consultas	3	6	10	75	71	68	252	241	83	94	903
UROLOGÍA												
Sección (cita)		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
Urología	Primeras consultas	1	1	2	1	3	3	6	5	9	7	38
	Consultas sucesivas	8	3	10	9	23	20	23	29	23	67	215
	Total consultas	9	4	12	10	26	23	29	34	32	74	253
TOTAL CONSULTAS												
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Suma total
	Primeras consultas	73	106	122	265	307	318	611	475	430	369	3.076
	Consultas sucesivas	673	821	871	1.037	1.237	1.447	2.383	2.563	2.289	2.178	15.499
	Total consultas	746	927	993	1.302	1.544	1.765	2.994	3.038	2.719	2.547	18.575

Anexo II. Circuito asistencial para la transición médica según la Guía Sanitaria para la atención de personas trans de Euskadi.



Anexo III. Intervenciones médicas o quirúrgicas para la transición médica de las personas trans incluidas en la cartera de servicios complementaria del Departamento de Salud/Gobierno Vasco acorde al contenido de la Ley 4/2024 del BOPV.

ARTICULO 14. PRESTACIONES (LEY 4/2024)	MASCULINIZANTES	FEMINIZANTES
El acompañamiento psicológico o psiquiátrico adecuado si la persona usuaria o familiares lo solicitan, siendo este acompañamiento el común previsto para el resto de personas usuarias de Osakidetza-Servicio vasco de salud, sin que quepa condicionar la prestación de asistencia sanitaria. El acompañamiento será extensible a familiares y personas allegadas.	Sí	Sí
TRATAMIENTO HORMONAL		
Bloqueo hormonal al inicio de la pubertad (menores de edad)	Sí	Sí
Tratamiento cruzado hormonal a fin de propiciar el desarrollo de caracteres secundarios deseados (personas menores de edad/personas adultas)	Sí	Sí
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y OTRAS PRESTACIONES		
Las intervenciones quirúrgicas de masculinización de tórax	Mastectomía	
Las intervenciones quirúrgicas de feminización de tórax		Mamoplastia en ausencia de desarrollo mamario
Las prótesis de senos para aquellas mujeres que no los hubieren desarrollado.		Financiado según catálogo prestación complementaria
Las prótesis quirúrgicas de pene y testículos para aquellos hombres que hubieran nacido sin ellos.	Asociado a la reconstrucción genital en ausencia de complicaciones	
Las prótesis no quirúrgicas de pene y testículos para aquellos hombres que hubieran nacido sin ellos.	Sí	
Las intervenciones quirúrgicas de reconstrucción genital	Faloplastia	Vaginoplastia
Las intervenciones quirúrgicas de extirpación gonadal.	Histerectomía y doble anexectomía	Orquiectomía bilateral sin penectomía
Las camisetas compresoras para aquellos hombres que hubieren desarrollado las mamas.	Sí	
Las intervenciones de tiroplastia para las mujeres transexuales que la requieran.	-	Sí
Atención foniátrica para aprender a modular el tono y timbre de la voz (foniatría, logopedia, cirugía)	-	Sí
ARTICULO 20. PRESTACIONES (LEY 4/2024) DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS TRANS		
Acceso a las técnicas de reproducción asistida		
Acceso a las técnicas de congelación de células reproductivas para su futura recuperación	Criopreservacion tejido gonadal u ovocitos	Criopreservacion tejido testicular o semen
Acceso a las técnicas de congelación de tejido gonadal para su futura recuperación		

Anexo IV. CRONOGRAMA

		2025					2026					2027				
Líneas estratégicas		Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
L1	Elaboración de la Guía Sanitaria para la atención de personas trans.															
L2	Definición y despliegue de los SAPT															
L3	Visibilizar el papel de atención primaria en la atención de personas trans															
L4	Facilitar la accesibilidad y el seguimiento de la terapia hormonal															
L5	Optimizar los procedimientos quirúrgicos para la afirmación de género															
L6	Garantizar el derecho a la preservación de fertilidad y acceso a las técnicas de RHA en cercanía.															
L7	Crear un sistema de evaluación y seguimiento															
L8	Fomentar la formación e investigación															



#EUSKADIBERRIA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD