

## **Criterios de cobertura para el tratamiento de la disforia de género**

### **ÍNDICE**

1.	DECLARACIÓN DE POLÍTICA.....	2
2.	ALCANCE .....	2
3.	DISFORIA DE GÉNERO.....	2
4.	PROCEDIMIENTOS PARA LA COBERTURA.....	2
4.1.	Terapia hormonal de afirmación de género.....	3
4.2.	CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO.....	3
4.2.1.	CARTAS DE APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO .....	3
4.2.2.	EVALUACIÓN DE NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES .....	4
5.	RESTRUCCIONES EN LA COBERTURA .....	4
6.	AUTORIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN (UM).....	5
7.	REFERENCIAS .....	6
8.	APÉNDICE.....	7
8.1.	REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO .....	7
8.2.	EVALUACIÓN DE NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES .....	9

## 1. DECLARACIÓN DE POLÍTICA

Amida Care cumple con los lineamientos de cobertura de 18 NYCRR 505.2(l) para la administración de terapia hormonal (TH) y cirugía de afirmación de género (CAF) para el tratamiento de la disforia de género (DG). Los siguientes lineamientos ayudan a establecer las prácticas y la normativa de cobertura de conformidad con las Normas de para Atención y Servicios Relacionados con Personas Transgénero de Medicaid del Estado de New York, y son orientados por las Normas de Atención de WPATH. Amida Care cumplirá todas las disposiciones de la "Normativa de criterios para la autorización y la gestión de la utilización de terapia hormonal y cirugía para el tratamiento de la disforia de genero" del Departamento de Salud del Estado de New York.

## 2. ALCANCE

La cobertura del tratamiento de la disforia de género está sujeta a los términos, las condiciones y las limitaciones del plan de beneficios correspondiente, y puede ser regida por mandatos estatales o federales. El tratamiento médicamente necesario para una persona con un diagnóstico de disforia de género puede incluir CUALQUIERA de los siguientes servicios, cuando los servicios estén disponibles en el plan de beneficios:

- Servicios de salud conductual, incluyendo, entre otros, terapia para disforia de género y trastornos psiquiátricos relacionados (por ejemplo, ansiedad, depresión)
- Terapia hormonal, incluyendo, entre otras cosas, andrógenos, antiandrógenos, análogos de la GnRH, estrógenos y progestinas.
- Pruebas de laboratorio para el control de la terapia hormonal recetada
- Servicios específicos para el género y relacionados con la edad, incluyendo, entre otros, servicios de salud preventiva apropiados para la anatomía biológica de la persona (por ejemplo, detección del cáncer [por ejemplo, de cuello uterino, de mama o de próstata]; tratamiento de una enfermedad de la próstata)
- Cirugías de afirmación de género y relacionadas (ver el Apéndice 8.1)
- Los procedimientos para cambiar la apariencia física del paciente para aproximar más sus características sexuales secundarias a las del género identificado por el paciente se cubrirán cuando se demuestre que dicha cirugía, servicio o procedimiento es médicamente necesario para tratar la disforia de género de un paciente específico, y se reciba la aprobación previa.

## 3. DISFORIA DE GÉNERO

La disforia de género se define como una molestia o incomodidad clínicamente significativa que es causada por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado a dicha persona al nacer y el rol de género asociado y/o sus características sexuales primarias o secundarias [DSM 5]. La disforia de género puede afectar a personas de todos los géneros, y no se limita a personas con identidades de género binarias.

## 4. PROCEDIMIENTOS PARA LA COBERTURA

#### 4.1. Terapia hormonal de afirmación de género

La terapia hormonal, sea o no en preparación para cirugía de reasignación de género, se cubrirá de la siguiente manera:

- La testosterona, como sustancia controlada, requiere autorización previa para los socios con diagnóstico de disforia de género.
- Lo siguiente no requiere autorización previa:
  - tratamiento con agentes hormonales liberadores de gonadotropina (bloqueadores de la pubertad), fundamentado en una determinación de un profesional médico calificado de que un miembro es elegible y está preparado para a dicho tratamiento; es decir, que el miembro:
    - satisface los criterios para un diagnóstico de disforia de género
    - ha experimentado la pubertad al menos hasta la etapa 2 en la escala de Tanner y los cambios de la pubertad han incrementado la disforia de género
    - no sufre de una comorbilidad psiquiátrica que interfiera con el diagnóstico o tratamiento; cuenta con apoyo psicológico y social adecuado durante el tratamiento
    - demuestra conocimiento y comprensión de los resultados esperados del tratamiento con bloqueadores de la pubertad y terapia hormonal de cambio de sexo, así como de los riesgos y beneficios médicos y sociales de la reasignación de sexo
  - tratamiento hormonal de cambio de sexo para socios que tengan dieciséis años de edad o más, con fundamento en una determinación de necesidad médica realizada por un profesional médico calificado;
  - los socios que tengan menos de dieciséis años de edad y que satisfagan los criterios para tratamiento estarán cubiertos en casos específicos cuando se demuestre la necesidad médica y se reciba aprobación previa [18 NYCRR 505.2\_Sección 505.2 - Servicios de médicos]

#### 4.2. CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

Los procedimientos de afirmación de género estarán cubiertos en el caso de una persona que tenga dieciocho (18) años de edad o más y que tenga cartas de dos profesionales médicos calificados y autorizados en el Estado de New York que hayan evaluado de manera independiente a la persona y recomienden que se lleve a cabo la cirugía.

##### 4.2.1. CARTAS DE APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO

- Una de estas cartas debe ser de un psiquiatra, psicólogo, enfermero profesional, enfermero profesional psiquiátrico o trabajador social clínico autorizado con el que el miembro haya establecido una relación estable.
- La otra carta puede ser de un psiquiatra, psicólogo, enfermero profesional, médico, enfermero profesional psiquiátrico o trabajador social clínico autorizado que actúe en el ejercicio de su profesión y que solamente haya tenido una función de evaluación con el miembro.
- La *totalidad* de las cartas de remisión en su conjunto deben establecer lo siguiente y deben haber sido redactadas en los últimos 12 meses en el momento de la solicitud de cirugía:
  - El miembro tiene disforia de género persistente y bien documentada;
  - ha recibido terapia hormonal apropiada para los objetivos de género del miembro, por lo menos durante un período de doce (12) meses en el caso de un miembro que solicite cirugía genital, excepto cuando existan contraindicaciones médicas para dicha terapia o cuando el miembro por otros motivos sea incapaz de tomar hormonas;

- La terapia hormonal es necesaria cuando sea apropiada para los objetivos de género del miembro y recomendada por el proveedor tratante del miembro, clínicamente apropiada para el tipo de cirugía solicitada, no tenga contraindicaciones médicas y el miembro sea capaz de tomar hormonas. Ref 18 NYCRR 505.2(l)(2); (3)(i)(b);
- ha vivido doce (12) meses en un rol de género congruente con la identidad de género del miembro y ha recibido terapia de salud mental, según se considere necesario, durante ese período; no es obligatorio que haya recibido terapia de salud mental continuamente durante doce (12) meses antes de la cirugía. [Ref 18 NYCRR 505.2(l)(3)(i)(c)]
- no tiene otros trastornos significativos, ya sean médicos o de salud mental, que constituirían una contraindicación para la cirugía de afirmación de género, o en caso de tenerlos, que estén razonablemente controlados antes de la cirugía;
- tiene la capacidad para tomar una decisión plenamente informada y para consentir al tratamiento.

#### **4.2.2. EVALUACIÓN DE NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES**

Amida Care recomienda encarecidamente la realización de una Evaluación de Necesidades Biopsicosociales (BNA, por sus siglas en inglés) por parte del proveedor de atención primaria para las solicitudes iniciales de cirugía genital, y puede exigir la BNA para los procedimientos no incluidos en 18 NYCRR 505.2(l), párrafo 4. La BNA es una evaluación completa del perfil clínico y psicosocial único del miembro, cuando se determina si la cirugía de afirmación de género es apropiada. Debido a la mayor coordinación de la atención que se contempla en el Modelo de Atención (MOC, por sus siglas en inglés) del Plan para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), esta evaluación ayuda a Amida Care, al proveedor de atención primaria, y al miembro a identificar los servicios de apoyo que pueden ser necesarios antes o después de la cirugía para garantizar un resultado médico positivo. La BNA no será un obstáculo para las determinaciones de cobertura.

## **5. RESTRUCCIONES EN LA COBERTURA**

En el caso de socios menores de dieciocho (18) años de edad, la cobertura se hará en casos específicos cuando se demuestre la necesidad médica y se reciba la aprobación previa.

La cobertura no está disponible para:

- servicios prestados fuera de los cinco (5) distritos de la Ciudad de New York o según lo prescrito en el contrato modelo de Medicaid Managed Care.
- servicios recibidos de un proveedor fuera de la red cuando no se reciba autorización previa y el servicio estaba disponible dentro del área de cobertura
- cirugías, servicios o procedimientos que sean puramente cosméticos; es decir, que mejoren la apariencia de un paciente pero no sean médicamente necesarios para tratar la disforia de género subyacente del paciente.
- Criopreservación, almacenamiento y descongelación de tejidos reproductivos y todos los servicios y cargos relacionados
- Reversión de cirugía genital y/o mamaria
- Reversión de cirugía para modificar características sexuales secundarias
- Reversión de cualquier procedimiento que resulte en esterilización

## 6. AUTORIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN (UM)

El Departamento de Gestión de la Utilización (UM, por sus siglas en inglés) de Amida Care cumple todos los lineamientos regulatorios de Medicaid del Estado de New York que se indican en el CONTRATO MODELO DEL PLAN PARA NECESIDADES ESPECIALES DE VIH / FAMILY HEALTH PLUS / MEDICAID MANAGED CARE - 1 de marzo de 2014, Apéndice F. Los lineamientos garantizan que todas las determinaciones de autorización de servicio para los servicios solicitados (es decir, terapia hormonal y cirugía para el tratamiento de disforia de género) se determinen con tanta velocidad como amerite la condición del miembro.

Lo siguiente se aplica a las determinaciones relacionadas con solicitudes de cirugía para el tratamiento de la disforia de género:

1. Con el fin de facilitar la revisión de la necesidad médica de los procedimientos no incluidos en 18 NYCRR 505.2(l), párrafo 4: mastectomía, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía, vaginectomía, uretroplastía, metoidoplastía, faloplastía, escrotoplastía, penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, labiaplastía, clitoroplastía y/o colocación de una prótesis testicular, prótesis de pene, aumento de senos y electrólisis cuando sea necesaria para la vaginoplastía o faloplastía. Amida Care exige documentación de los procedimientos específicos que se soliciten. Esta documentación puede incluir, entre otras cosas: formulario de envío por fax contestado, documentación clínica del solicitante, una evaluación de necesidades biopsicoclínicas contestada que indique los servicios que se solicitan.
2. Hacer al menos un intento de llevar a cabo una consulta con el proveedor que ordena antes de expedir una determinación adversa.
3. Garantizar que al menos un experto clínico involucrado en las determinaciones adversas y las apelaciones ante el plan tenga experiencia clínica en el tratamiento de disforia de género.
  1. En el caso de una determinación adversa o de una denegación sostenida tras la apelación, asegurarse de que el aviso de la decisión incluya:
    - 1.1. Si la decisión es administrativa, el criterio específico de cobertura de beneficios que no se ha satisfecho u otra razón específica para la denegación
    - 1.2. Si la decisión se refiere a la necesidad médica o revisión de utilización, la justificación clínica, especificando:
      - 1.2.1. Cómo la documentación provista no sustenta el diagnóstico de disforia de género del miembro, o
      - 1.2.2. Cómo la documentación provista no sustenta la necesidad médica del tratamiento propuesto para la disforia de género del miembro, o
      - 1.2.3. Que no hubo información suficiente para tomar una decisión y, en el caso de determinaciones adversas iniciales, qué información específica sería necesaria para su análisis en la apelación.
  2. En el caso de procedimientos que requieran tamaño, forma, características, presentación o evaluación anatómica o de partes del cuerpo como parte de esos criterios de cobertura de servicio de los procedimientos, Amida Care aceptará la determinación del proveedor tratante del miembro en cuanto a tamaño, forma, características, presentación o evaluación anatómica o de las partes del cuerpo; Amida Care no incluye la evaluación de documentos fotográficos en los procesos administrativos de autorización previa de los procedimientos que requieren tamaño, forma, características, presentación o evaluación específicos, anatómicos o de partes del cuerpo, como parte de los criterios de cobertura de servicios de esos procedimientos.

## 7. REFERENCIAS

Normas de Atención de WPATH v7 (PDF) 2011 [wpath.org]

Departamento de Salud del Estado de New York, *Actualizaciones a Medicaid del DOH 2017*  
[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/update/2017/2017-01.htm#transgender](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/update/2017/2017-01.htm#transgender)

505.2 Servicios de médicos. (a) Políticas generales.

<https://regs.health.ny.gov/book/export/html/53608>

Ley de Salud Pública, Secciones 201 y 206 y Ley de Servicios Sociales, Secciones 363-a y 365-a(2)

Asociación Psiquiátrica Estadounidense

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)

Asociación Psiquiátrica Estadounidense. (2013). Disforia de género. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Quinta Edición ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

DOI 10.1007/978-88-470-5696-1\_4

Capítulo Los Criterios de Diagnóstico del DSM-5 para la Disforia de Género

Editorial: Springer-Verlag Italia, Editores: Trombetta C, Liguori G, Bertolotto M

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

CONTRATO MODELO DEL PLAN PARA NECESIDADES ESPECIALES DE VIH / FAMILY HEALTH PLUS / MEDICAID  
MANAGED CARE 1 de marzo de 2014

[https://www.health.ny.gov/health\\_care/managed\\_care/docs/medicaid\\_managed\\_care\\_fhp\\_hiv-snp\\_model\\_contract.pdf](https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/docs/medicaid_managed_care_fhp_hiv-snp_model_contract.pdf)

## 8. APÉNDICE

### 8.1. REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

Servicio	(2) Cartas de respaldo*	Requiere TRH	Otros requisitos	Notas
<b>Aumento de los senos</b>	Sí	24 meses	N/A	El miembro ha completado al menos 24 meses de terapia hormonal y durante ese período el crecimiento de los senos ha sido mínimo; o la terapia hormonal está contraindicada por motivos médicos; o el paciente es incapaz de tomar hormonas.
<b>Revisión del aumento de los senos</b>	Sí	No	Requiere documentación de sustento del cirujano que indique la necesidad de revisión	Las cartas de respaldo originales son suficientes para sustentar el diagnóstico de disforia de género
<b>Contorno corporal</b>	Sí	No	Requiere documentación clínica que establezca que el servicio es médicamente necesario y no cosmético	
<b>Masculinización de pecho (mastectomía)</b>	Sí	No	N/A	
<b>Electrólisis - preoperatoria</b>	Sí	No	N/A	
<b>Electrólisis - facial</b>	Sí	No	Requiere documentación clínica que establezca que el servicio es médicamente necesario y no cosmético	
<b>Cirugía de feminización facial (FFS)</b>	Sí	No	Requiere documentación de sustento que indique el tipo específico de procedimientos de FFS que se solicitan.	
<b>Histerectomía / ooforectomía / salpingectomía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Metoidioplastía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Orquiectomía</b>	Sí	12 meses	N/A	

<b>Servicio</b>	<b>(2) Cartas de respaldo*</b>	<b>Requiere TRH</b>	<b>Otros requisitos</b>	<b>Notas</b>
<b>Penectomía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Faloplastia*</b>	Sí	12 meses	Se recomienda haber completado una BNA	
<b>Revisión de faloplastía</b>	Sí	No	Documentación de sustento del cirujano que indique la necesidad de revisión	Las cartas de respaldo originales son suficientes para sustentar el diagnóstico de disforia de género
<b>Prótesis de pene</b>	Sí	No	N/A	
<b>Escrotoplastía</b>	Sí	No	N/A	
<b>Extirpación de silicón</b>	Sí	No	N/A	
<b>Rasurado traqueal</b>	Sí	No	N/A	
<b>Prótesis testicular</b>	Sí	No	N/A	
<b>Uretroplastía</b>	Sí	No	N/A	
<b>Vaginectomía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Vaginoplastía*</b>	Sí	12 meses	Se recomienda haber completado una BNA	
<b>Labioplastía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Clitoroplastía</b>	Sí	12 meses	N/A	
<b>Revisión de vaginoplastía</b>	Sí	12 meses	Documentación de sustento del cirujano que indique la necesidad de revisión	Las cartas de respaldo originales son suficientes para sustentar el diagnóstico de disforia de género
<b>Cirugía de modificación de voz</b>	Sí	No	Requiere documentación de sustento que indique que los procedimientos solicitados son médicamente necesarios.	
<b>Entrenamiento de voz y comunicación</b>	Sí	No	Requiere documentación de sustento que indique que los procedimientos solicitados son médicamente necesarios.	



## 8.2. EVALUACIÓN DE NECESIDADES BIOPSIICOSOCIALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta de Medicaid, si es diferente: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Ubicación del PCP: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Género:  Mujer trans  Hombre trans  No binario  Otro: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  Masculino  Femenino  Intersexual

Sexo en la tarjeta del seguro:  Masculino  Femenino

Idioma principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Dominio del idioma:  Oral  Escrito

**Historia clínica:** \_\_\_\_\_

*Trastornos médicos concurrentes, medicamentos, hospitalizaciones, control del dolor, etc.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Salud conductual:** \_\_\_\_\_

*Salud mental / Abuso de sustancias*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Servicios de apoyo:** \_\_\_\_\_

*Trabajadores sociales, amigos y familiares, cuidadores, asistentes de salud en el hogar, etc.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Prerrequisitos para la cirugía

- Los trastornos médicos y de salud mental significativos están razonablemente controlados
- El proceso de remisión a cirugía se explicó en un lenguaje que el paciente pudo entender
- Dos cartas de remisión escritas por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros profesionales psiquiátricos, médicos o trabajadores sociales clínicos (**LCSW**, no LMSW) autorizados por el Estado de New York
  - El contenido combinado de las cartas debe establecer que el miembro:
    - Tiene un caso persistente y bien documentado de disforia de género
    - Ha recibido terapia hormonal apropiada para el objetivo de género de la persona, salvo cuando la terapia hormonal esté contraindicada por razones médicas o no sea clínicamente apropiada para el tipo de cirugía solicitado:
      - 12 meses para cirugía genital
      - 24 meses con crecimiento mínimo de los senos para cirugía de aumento de senos
  - ha vivido doce (12) meses en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona y ha recibido terapia de salud mental, según se considere necesario, durante ese período

- No tiene otros trastornos significativos, ya sean médicos o de salud mental, que constituirían una contraindicación para la cirugía de reasignación de género, o en caso de tenerlos, los trastornos estén razonablemente controlados antes de la cirugía
- Tiene la capacidad para tomar una decisión plenamente informada y para consentir al tratamiento

### 1. Preparación del paciente

- Se ha explicado al paciente el procedimiento quirúrgico en un lenguaje que puede entender
- Se ha concientizado al paciente de los efectos a largo plazo de la cirugía genital sobre su capacidad reproductiva a largo plazo
- El paciente tiene expectativas realistas de la cirugía

### 2. Sistemas de apoyo

- El paciente cuenta con apoyos que le ayuden con sus actividades de la vida cotidiana durante su recuperación.
- El paciente cuenta con personas y recursos que le brinden apoyo emocional y social durante la recuperación

### 3. Financieros

- Se han tomado en cuenta todos los cambios previstos en los ingresos y capacidades, incluyendo el trabajo sexual, si corresponde
- El paciente tiene un plan para cubrir los gastos de alimentación, alquiler, insumos médicos y otros gastos durante la recuperación

### 4. Antecedentes médicos y cumplimiento con el cuidado

- Si existen trastornos médicos importantes, están bien controlados.
- El paciente cumple con sus medicamentos sin problemas observados
- Existe comunicación clara entre los miembros de los equipos de tratamiento de salud mental, médico y quirúrgico

### 5. Salud conductual

- Los beneficios de la cirugía para la salud conductual superan los riesgos
- Se han implementado los apoyos necesarios para controlar los síntomas de salud mental que puedan surgir debido a la cirugía
- El paciente no consume sustancias actualmente
- El paciente tiene un plan para reducir o abandonar el consumo de sustancias: \_\_\_\_\_

### 6. Vivienda

- El paciente tiene vivienda estable
- El paciente tiene un plan para un alta segura/alojamiento después de la cirugía
- El paciente tiene un área privada y acceso a agua limpia para su recuperación después de la cirugía

**Describir su situación de vivienda actual.** Incluir descripciones de accesibilidad (escalones, ducha, acceso por elevador, etc.):

### 7. Transporte

- El paciente ha planeado su transporte hacia y desde la cirugía
- El paciente cuenta con transporte hacia y desde sus citas preoperatorias y postoperatorias

### 8. ¿El miembro se beneficiaría de contar con servicios de apoyo que actualmente no tiene?

Sí  No

- Remisión a gestión de casos psicosociales
- Apoyo con el cuidado posterior:  Servicios de visitas de enfermería
- Servicios de atención en el hogar (PCA)  Alta a un centro de enfermería especializada (SNF)
- Otro: \_\_\_\_\_

**Otra información clínica relevante (observaciones clínicas, inquietudes, áreas que aún necesitan abordarse):**

---

---

**El paciente está estable para la cirugía** -  Médicamente  Mentalmente  Psicosocialmente

---

**Proveedor de Atención Primaria**

---

**Fecha**

---

**Puesto**

---

**Firma**

**Envíe el formulario contestado por fax al: 888-273-8296**

*Teléfono: (646) 757 – 7000, Extensión 7982 • Correo electrónico: [TransgenderHealthServices@amidacareny.org](mailto:TransgenderHealthServices@amidacareny.org)*