

Tratamientos afirmativos a NNA que se identifican como transgénero y su sustento empírico en las Políticas Públicas Chilenas



Documento de trabajo N°2

Autor principal

Juan Pablo Rojas

Editores

Valentina Ilic Vigil

Juan Eduardo Vargas

© 2024 CC BY 4.0.

Web: www.centropoliticaspUBLICAS.uft.cl

Contacto: vilic@uft.cl

Atribución sugerida:

Rojas, J. (2024). Documento de trabajo N°2:
Tratamientos afirmativos a niños, niñas
y adolescentes que se identifican como
transgénero y su sustento empírico en las
políticas públicas chilenas

Centro de Políticas Públicas,
Universidad Finis Terrae.

Diseño: Belén Segú
belsegu@gmail.com

Resumen

En los últimos meses se ha levantado una discusión a nivel nacional de las políticas públicas sobre los tratamientos médicos para NNA que se definen como transgénero o género no-conforme. Un reportaje publicado en la Radio Bio-Bío se ha sumado a la liberación del Informe Cass (Cass Report), reporte comisionado por el National Health Service (NHS) de Reino Unido que, basado en 8 revisiones sistemáticas de literatura científica, recomendó suspender la administración de bloqueadores de la pubertad en niños, niñas y adolescentes (NNA), ya que la evidencia científica que los ampara sería “débil”, “pobre”, “de baja calidad”. En Chile, el Ministerio de Salud puso en marcha el año 2021 el Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no-conforme (PAIG), y el año 2023 el Programa de Salud Transgénero (PST), que ofrece tratamientos médicos a niños desde los 10 años de edad. Estos programas se basan en un conjunto de documentos públicos donde se detallan las prestaciones y se presenta el marco teórico que justifica el modelo de abordaje. Considerando la relevancia y actualidad del tema, resulta atinente analizar el tipo de evidencia que se ha utilizado para respaldar la implementación de estas iniciativas, a la luz del detallado análisis que realizó el Informe Cass.

Introducción

La publicación del Informe Cass (*Cass Report*) en abril de 2024 ha generado gran revuelo a nivel internacional. Basándose en 8 revisiones sistemáticas de literatura científica comisionadas a la Universidad de York, el informe recomendó suspender la administración de bloqueadores de la pubertad en NNA, ya que la evidencia científica que los ampara sería “débil” (Cass, 2024, p. 20), “pobre” (Id., p. 34) e “insuficiente/inconsistente” (Id., p. 176). La investigación dirigida por la Dra. Hillary Cass ya había sido noticia a comienzos de 2022, cuando dio a conocer un reporte preliminar de sus resultados, afirmando que el abordaje

clínico a NNA con disforia de género en Reino Unido “no se ha sometido a algunos de los controles de calidad habituales que suelen aplicarse cuando se introducen tratamientos nuevos o innovadores” (Cass, 2022, p.54).

En octubre de 2022, en respuesta al avance del Informe Cass, el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido (NHS) anunció el cierre de la Clínica Tavistock,³ donde eran referidos estos casos, en el contexto de un aumento de más de un 5.000% de NNA con disforia de género en apenas 10 años.⁴ Tras la publicación de la versión final del Informe Cass, se prohibieron legalmente los tratamientos médicos del sistema público y privado inglés, excepto para ensayos clínicos.⁵ Esta prohibición es el desenlace tras una larga relación del país inglés con la aplicación de tratamientos hormonales y quirúrgicos a NNA, de los cuales fue uno de los más grandes exponentes a nivel mundial junto con Holanda y Estados Unidos.

Las políticas públicas chilenas han seguido un camino muy parecido al que recorrió el país inglés antes del Informe Cass, es decir, abrazando gradualmente un enfoque exclusivamente transfirmitivo para adultos y menores de edad. El año 2010 se publicó en Chile la “Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género” (Minsal, 2010),⁶ primer documento del Ministerio de Salud (MINSAL) para abordar la situación de personas adultas que se identifican como transgénero. En él se regularon los tratamientos transfirmitivos (social, hormonal y quirúrgicos) sólo para adultos, aunque se indicó que se requería una actualización que incluyera a los menores de edad.

El año 2018 se aprobó la ley 21.120 que reconoce y garantiza el Derecho a la Identidad de Género (Minsol, 2019).⁷ En ella se consagra la despato-

1 <https://cass.independent-review.uk/home/publications/interim-report/> (la traducción es nuestra)

2 <https://segm.org/Final-Cass-Report-2024-NHS-Response-Summary>

3 <https://www.bbc.com/news/uk-62335665>

4 <https://segm.org/GIDS-puberty-blockers-minors-the-times-special-report>

5 <https://www.gov.uk/government/news/new-restrictions-on-puberty-blockers>

6 <http://www.movilh.cl/documentacion/trans/Ord%2057%202988%20Env%20C3%ADa%20v%20C3%ADa%20cl%20C3%ADnica%20para%20la%20adecuaci%20C3%B3n%20corporal%20en%20personas%20con%20incongruencia-1.pdf>

7 Ministerio de Desarrollo Social [Chile]. Aprueba reglamento del artículo 26 inciso primero de la Ley N° 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género [Internet]. Decreto N° 3. 2019. Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2019/08/29/42441/01/1645291.pdf>

logización de la identidad transgénero y la creación de programas transafirmativos para menores de edad (artículos 23 y 26). El año 2021 el MINSAL publicó las "Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme" (en adelante, "Recomendaciones") con el objetivo de entregar directrices transafirmativas a los equipos profesionales que acompañarán a estos NNA. Ese mismo año empezó a diseñarse el PAIG,⁸ el cual comenzó a ser implementado en abril de 2023.⁹ También en 2023, el MINSAL publicó la "Orientación técnica para la implementación del acompañamiento psicosocial a la identidad de género para niños, niñas y adolescentes en la red de salud pública chilena" (en adelante, "Orientación técnica") con el objetivo de "orientar a los equipos de la red pública de salud en la adecuada implementación del acompañamiento psicosocial a la identidad de género en la red de salud pública chilena" (p. 9). El mismo año empezó a diseñarse el PST¹⁰; los recursos aprobados para tal programa ya han sido distribuidos a 13 servicios de salud.¹¹

El impacto del Informe Cass en nuestro país vino de la mano de un reportaje publicado en la página web de Radio Bío-Bío, en el que se dieron a conocer testimonios reales de NNA que fueron recetados con bloqueadores hormonales en la primera sesión, sin suficiente indagación de parte de los médicos.¹² Además, el reportaje socializó las principales conclusiones del Informe Cass, derivando en el comienzo de un debate público de gran notoriedad. A raíz de la publicación y del debate generado, la Red UC Christus anunció públicamente la suspensión de nuevas terapias hormonales a NNA.¹³ A los pocos días, el MINSAL sugirió, no ordenó, diferir el inicio de nuevos tratamientos hormonales a menores de edad, reconociendo con ello que sí se realizaban, anunciando la creación de un comité integrado por 10 personas de 5 instituciones para establecer los lineamientos técnicos para hormonoterapia en menores de edad.¹⁴ Recientemente, la Cámara de Diputados resolvió crear una Comisión Investigadora para abordar el tema.¹⁵ Durante esa instancia, la Ministra de Salud reconoció que, de los 1.900 niños ingresados al PAIG, "cerca de 600 estarían en tratamiento [hormonal]."¹⁶

Considerando la relevancia y actualidad del tema, resulta atinente hacer una evaluación de la documentación que respalda las políticas públicas chilenas, con especial énfasis en la evaluación de la evidencia científica que utilizan como respaldo, a la luz del detallado análisis que realizó el Informe Cass. Tal como afirma el Informe Cass, la atención de NNA con disforia de género merece los mismos estándares que la atención de cualquier otra situación que involucre medicina y salud mental. A la hora de tomar decisiones, especialmente en aquellas que podrían tener consecuencias a largo plazo en la vida de los menores de edad, es fundamental basarse en la evidencia de calidad que ofrece la literatura científica.

Para evaluar correctamente las políticas públicas chilenas que incluyen la hormonación de NNA que se identifican como transgénero, nos hemos hecho dos preguntas: 1) ¿Qué programas promueven la hormonación de NNA en Chile? y 2) ¿Cuál es la calidad científica de las referencias que respaldan estos programas a la luz de la investigación liderada por la Dra. Cass?

2. Revisión de literatura

El Informe Cass (2024) es un texto de 246 páginas (más 132 páginas de apéndices y anexos) que se elaboró a partir de 8 revisiones sistemáticas de literatura, una encuesta internacional y cientos de horas de conversación con *stakeholders* de todas las tendencias.¹⁷ El texto explica el camino

8 https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212572_doc_pdf.pdf

9 https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=322555&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION. Ver página 7.

10 Mindexol (2023b). Programa de Salud Trans. Informe de detalle de programas sociales.

11 https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=322555&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION. Ver página 9.

12 <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2024/05/29/pubertad-interrumpida-ninos-trans-inician-tratamiento-hormonal-en-medio-de-controversias.shtml>

13 <https://revistalatderechoyreligion.uc.cl/index.php/bjur/article/view/81258/61780>

14 https://www.cnnchile.com/pais/minsal-suspende-tratamientos-hormonales-adolescentes-trans-lineamientos-tecnicos_20240619/

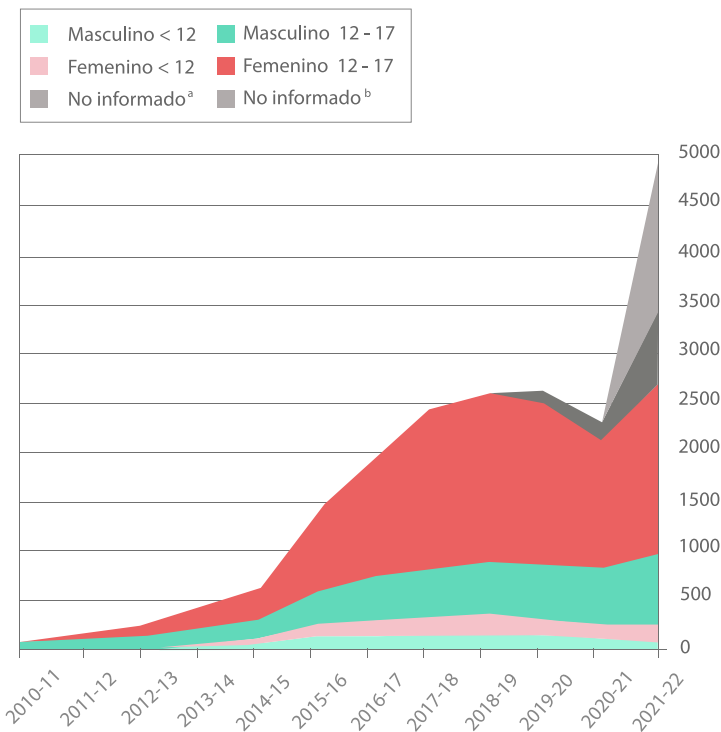
15 <https://www.camara.cl/cms/programas-de-salud-trans-entre-temas-que-abordaron-las-comisiones/>

16 <https://www.camara.cl/cms/ministra-de-salud-de-ninguna-manera-se-estan-entregando-hormonas-a-ninos-de-tres-anos/>

17 <https://adc.bmj.com/pages/gender-identity-service-series>

recorrido en Reino Unido desde el año 2009 hasta la fecha, describe el dramático aumento de NNA que han recibido tratamientos hormonales en los últimos 14 años (ver figura 1), resume los principales hallazgos de su investigación, hace una valoración bastante crítica de la transición social y hormonal en NNA y, finalmente, realiza un conjunto de recomendaciones.

Figura 1: Cantidad de NNA derivados a la Clínica Tavistock para recibir tratamiento afirmativo entre los años 2010 y 2022. Desglosado por sexo biológico y edad. *El descenso del año 2020 se atribuye a la pandemia COVID-19.



Fuente: Cantidad de NNA derivados a la Clínica Tavistock para recibir tratamiento afirmativo entre los años 2010 y 2022. Desglosado por sexo biológico y edad. (Cass, 2024, p. 85)

**La actividad de derivación a GIDS/Tavistock se limitó drásticamente en 2020-2021 debido a COVID-19.¹⁹*
a A partir de 2018-19, un número cada vez mayor de derivaciones no se notifican por sexo registrado al nacer.
b Limitaciones de los datos desde finales de julio de 2021

Una de las conclusiones principales del Informe Cass es que el respaldo empírico para los tratamientos hormonales en NNA es “débil” (p. 20), “pobre” (p. 34), “insuficiente y/o inconsistente” (p. 176). Por ese motivo, el Informe sugiere explícitamente que los bloqueadores deberían reservarse sólo para ensayos clínicos (p. 32, 43, 180, 196), lo que en la práctica significa su prohibición para toda otra circunstancia.

Las revisiones sistemáticas de literatura comisionadas a la Universidad de York recopilaron, clasificaron y evaluaron la evidencia disponible en el conjunto total de la literatura científica. Las revisiones encontraron un total de 28.147 estudios, de los cuales 3.181 fueron calificados como relevantes. Posteriormente se descartaron más de 3.100 estudios por no cumplir con estándares mínimos, como por ejemplo, por carecer de revisión de pares o por no medir apropiadamente los resultados. Los estudios que sí cumplieron con estos estándares fueron evaluados utilizando una escala llamada Newcastle Ottawa Scale (NOS), siendo clasificados en tres categorías: baja, media o alta calidad. La mayor parte de los estudios clasificados resultaron ser de baja calidad.

Las revisiones sistemáticas no sólo evaluaron los estudios científicos, sino también los lineamientos internacionales para la atención de personas que se identifican como transgénero. En otras palabras, se revisaron los principales programas mundiales, incluyendo no sólo los que fueron elaborados en el mundo público, sino también en el privado. 23 lineamientos fueron evaluados por tres revisores de manera independiente. Sólo 2 de ellos, de Finlandia y Suecia, fueron recomendados de manera unánime.

Desde finales de julio de 2021, AGEM CSU (Arden & GEM Commissioning Support Unit) recibió derivaciones para GIDS (Gender Identity Service) de fuentes no pertenecientes al NHS (National Health Service) como, por ejemplo, escuelas, autoridad local, sector voluntario, etc. Todas las derivaciones del NHS a la GIDS iban directamente a la GIDS de Tavistock y Portman. Los datos del sitio web de la GIDS de Tavistock y Portman indicaban que durante 2021/22 recibieron más de 3.000 derivaciones y no se contabilizaron las derivaciones adicionales recibidas por la AGEM CSU (aproximadamente 1.500 derivaciones). En conjunto, esto indica que el GIDS recibió un total de aproximadamente 5.000 derivaciones sólo en 2021/22. Al revisar los datos proporcionados por la GIDS y compararlos con el número de derivaciones transferidas al CSU de AGEM como parte de la transferencia de la lista de espera, el CSU solo recibió 3.115 derivaciones «nuevas». Esta cifra es significativamente inferior a la esperada, teniendo en cuenta que en 2021/22 se recibieron más de 5.000 derivaciones. Es difícil saber si la cifra citada, más de 5000 derivaciones en 2021/22, es correcta. Existe una gran posibilidad de que se haya producido un doble recuento durante 2021/22, ya que las cifras de derivaciones recibidas por AGEM CSU se comunicaban a la GIDS, que también compartía esta información con la Care Quality Commission.

Figura 2: Desglose de los artículos incluidos en Informe Cass después de filtrar 28.147 estudios en base al cumplimiento de los mínimos estándares de calidad.



Fuente: Desglose de los artículos incluidos en Informe Cass después de filtrar 28.147 estudios en base al cumplimiento de los mínimos estándares de calidad (Cass, 2024, p. 57)

3. Metodología

En primer lugar, se realizará una selección de los documentos oficiales chilenos disponibles que puedan hacer alguna referencia a la hormonización de NNA que se identifican como transgénero o género no-conforme. En particular, se revisarán todos los documentos relacionados con el PAIG y el PST, ya que nuestra búsqueda preliminar nos mostró que ambos programas promueven los tratamientos hormonales. En segundo

lugar, se recolectarán todas las frases y oraciones que hagan una referencia directa o indirecta a estos tratamientos.

En tercer lugar, se revisará de manera comprensiva las referencias bibliográficas utilizadas en estos documentos, clasificándolas según cinco criterios (ver tabla 1):

Tabla 1: Clasificación de las referencias bibliográficas incluidas en los documentos chilenos

Literatura no científica	Textos que no fueron publicados en revistas indexadas y que, por lo tanto, no fueron sometidos a evaluación de pares. Por estos motivos, no constituyen evidencia científica.
Guías Clínicas	Lineamientos para atención de NNA con identidad transgénero. No constituyen evidencia científica, sino son propuestas de intervención que suelen considerar la evidencia para su elaboración.
Artículos sin evidencia	Artículos que no presentan evidencia nueva (editoriales, comentarios, ensayos, etc.) y revisiones no-sistemáticas de literatura, que no se consideran evidencia porque carecen de metodología.
Estudios de evidencia empírica no relacionada con la hormonación de NNA	Artículos no relacionados con la hormonación de menores que fueron publicados en revistas indexadas que fueron sometidos a evaluación de pares y que presentan un estudio, con metodología reconocible y con evidencia empírica que es analizada y discutida. También se considera evidencia científica las revisiones sistemáticas de literatura y los metaanálisis.
Estudios de evidencia empírica relacionada con la hormonación de NNA	Artículos relacionados con la hormonación de menores que fueron publicados en revistas indexadas que fueron sometidos a evaluación de pares y que presentan un estudio, con metodología reconocible y con evidencia empírica que es analizada y discutida. También se considera evidencia científica las revisiones sistemáticas de literatura y los metaanálisis.

4. Resultados

En cuarto lugar, se analizará la evidencia citada en los programas chilenos a la luz del Informe Cass, estableciendo cuál es de baja, media o alta calidad. Lo mismo se realizará respecto de las guías clínicas citadas en los documentos chilenos.

Finalmente, se realizará una síntesis valorativa de cada documento por separado, desde la perspectiva de su relación con la hormonación de menores de edad, la calidad de la evidencia presentada como respaldo y otros aspectos desde el punto de vista científico.

4.1. Análisis preliminar

Nuestra búsqueda nos llevó a determinar que hay 11 documentos oficiales relacionados con el PAIG y el PST. En la tabla 2 se puede apreciar el número de veces que cada documento alude a tratamientos médicos para NNA transgénero y género no-conforme. Consideramos una alusión a cualquier respaldo a que NNA reciban información sobre tratamientos hormonales, sean acompañados en la decisión de iniciarlos o ser derivados a especialistas para tal fin.

Tabla 2. Documentos que promueven la hormonación de NNA transgénero y género no-conforme en Chile, programa al que refieren y cantidad de alusiones a tratamientos médicos para estos NNA

Nombre del documento	Programa al que refiere	Alusiones a tratamientos médicos para NNA
Documentos mayores		
Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme (2021)	PAIG (3 a 17 años)	11
Orientación técnica para la implementación del acompañamiento psicosocial a la identidad de género para niños, niñas y adolescentes en la red de salud pública chilena (2023)	PAIG (3 a 17 años)	7

Otros documentos

Informe de detalle de Programas Sociales del PAIG (2021)	PAIG (3 a 17 años)	0
Informe de detalle de Programas Sociales del PST (2023)	PAIG	1
Respuesta del MINSAL a oficio de la H. diputada Gazmuri (2024) ²⁰	PAIG	0
Proceso de formulación presupuestaria del PAIG (versión 5) 2021	PAIG	0

²⁰ ORD. A111 N°1682. Informe sobre la existencia e implementación en los Servicios de Salud Pública, del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (en adelante PAIG), dirigido a niños, niñas y adolescentes.

Proceso de formulación presupuestaria del PAIG (versión 5) 2022	PAIG	0
Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública del PAIG (2022)	PAIG	0
Proceso de Formulación Presupuestaria del PST (versión 6) 2023	PST	4
Monitoreo y Seguimiento de Oferta Pública del PST (2023)	PST	1
Ordinario 1902 Subsecretaría de Redes Asistenciales (8 de junio de 2023) ²¹	PST	2

De los 11 documentos encontrados, seleccionamos 5 para ser analizados en esta nota técnica, ya que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Descartamos el resto de los documentos en base a los siguientes criterios:

1) repetición de la misma literatura ya consignada en Informe PAIG o Informe PST, 2) ausencia de evidencias empíricas relacionada con la validez de las terapias hormonales, o 3) ausencia de referencias bibliográficas (ver tabla 3).

Tabla 3. Documentos descartados del análisis bibliográfica y los criterios de exclusión

Nombre del documento	Programa al que refiere	Criterio
Proceso de formulación presupuestaria del PAIG (versión 5) 2021	PAIG	Toda la literatura que ofrece ya está incluida en el Informe PAIG
Proceso de formulación presupuestaria del PAIG (versión 5) 2022	PAIG	Toda la literatura que ofrece ya está incluida en el Informe PAIG
Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública del PAIG (2022)	PAIG	No presenta referencias bibliográficas
Proceso de Formulación Presupuestaria del PST (versión 6) 2023	PST	Toda la literatura que ofrece ya está incluida en el Informe PST
Monitoreo y Seguimiento de Oferta Pública del PST (2023)	PST	No presenta referencias bibliográficas.
Ordinario 1902 Subsecretaría Redes Asistenciales (8 de junio de 2023)	PST	Sólo presenta 9 referencias, ninguna de las cuales consiste en evidencia empírica relacionada con la validez de los tratamientos transafirmativos (ver tabla 1).

²¹ Ordinario C71 N°1902. Solicitud de modificación presupuestaria distribución de recursos de expansión del Programa de Contingencias Operacionales año 2023.

Los documentos seleccionados contienen un total de 291 referencias. Sólo 2 estudios empíricos mencionados apoyan la hormonación de menores de edad (ver tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de la literatura referenciada en los documentos chilenos

	Recomendaciones	Orientación técnica	Informe PAIG	Informe PST	Respuesta Oficio	Total
Literatura no identificable ²²	0	0	7	2	0	9 (3,09%)
Literatura no científica	59	20	9	17	22	127 (43,64%)
Guías clínicas	10	4	0	5	3	23 (7,56%)
Artículos sin evidencia (revisiones no sistemáticas, editoriales, comentarios, etc.)	26	27	6	5	8	72 (24,74%)
Estudios con evidencia empírica no relacionada con hormonación de menores	9	26	17	7	0	59 (20,27%)
Estudios con evidencia empírica relacionada con hormonación de menores	1	0	0	1	0	2 (0,69%)
Total	105	77	39	37	33	291 (100%)

A partir de lo revisado en los documentos oficiales, éstos solo consideran 13 referencias que se encuentran en el Informe Cass (ver tabla 5). De ellas, 2 son artículos acerca de la hormonación de NNA: un estudio de baja calidad (Turban et al, 2020) y otro de mediana calidad (de Vries et al., 2011), como se puede apreciar en la revisión sistemática (Taylor et al., 2024a). Esto significa que, según la escala NOS, ninguno de estos estudios es de alta calidad; en otras palabras, hubo dudas sobre la representatividad de la muestra debido al reclutamiento en un único centro, la inclusión de un grupo seleccionado y/o la información deficiente de la población elegible. Además, muchos carecieron de un diseño experimental satisfactorio, por ejemplo, no tenían grupo de control o no aislaron otras

variables intervinientes, como el posible efecto positivo de la terapia psicológica o psiquiátrica.

Además, se referencian 6 guías clínicas: 4 de ellas no fueron recomendadas por ningún evaluador (Rafferty et al., 2018²³; APA, 2015²⁴; OPS, 2013²⁵ y Telfer et al., 2018²⁶), 2 de ellas sólo por uno (Coleman et al., 2012²⁷ y Coleman et al., 2022²⁸) y otra fue recomendada por dos evaluadores (Hembree et al., 2017²⁹). Los evaluadores

²² Son referencias cuya información entregada no es suficiente para saber cuál es su origen. Esto ocurrió principalmente porque no fueron incluidas en la lista de referencias del documento.

²³ American Academy of Pediatrics 2018 (Rafferty et al., 2018)

²⁴ American Psychiatric Association 2015

²⁵ Organización Panamericana de Salud 2013 (PAHO & WPATH, 2013)

²⁶ Australian Standards of Care 2018 (Telfer et al., 2018)

²⁷ World Professional Association for Transgender Health 2012 (Coleman et al., 2012)

²⁸ World Professional Association for Transgender Health 2022 (Coleman et al., 2022)

²⁹ Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017 (Hembree et al., 2017)

se basaron en criterios tales como alcance y finalidad, participación de las partes interesadas, rigor del desarrollo, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial (Taylor et al., 2024b).

Finalmente, hay un artículo (Chen et al., 2016) que se incluyó en el Informe Cass como fuente de información descriptiva, lo que significa que su calidad no fue evaluada (Taylor et al., 2024c).

Tabla 5. Referencias consideradas por el Informe Cass y su evaluación.

	Recomendaciones	Orientación técnica	Informe PAIG	Informe PST	Respuesta Oficio	Total
Evidencia sobre tratamientos médicos	1	0	0	1	0	2
<i>Low-quality</i>	0	0	0	1 (Turban et al., 2020)	0	1
<i>Medium-quality</i>	1 (de Vries et al., 2011)	0	0	0	0	1
<i>High-quality</i>	0	0	0	0	0	0
Guías clínicas (Clinical guidelines)	5	2	0	2	1	10
No recomendada	4 (Rafferty et al., 2018; APA, 2015; OPS, 2013; Telfer et al., 2018)	1 (APA 2015)	0	0	0	5
Recomendada por 1	1 (Coleman et al., 2012)	1 (Coleman et al., 2022)	0	1 (Coleman et al., 2012)	1 (Coleman et al., 2012)	4
Recomendada por 2	0	0	0	1 (Hembree et al., 2017)	0	1
Recomendada por 3	0	0	0	0	0	0
Otras menciones (sin evaluación)	0	0	1 (Chen et al., 2016)	0	0	1
Total literatura mencionada en Cass	5	2	1	3	1	13

En síntesis, de un total de 291 referencias, los documentos chilenos sólo mencionan 2 estudios a favor de la hormonación de NNA. Ahora bien, uno de esos estudios no es utilizado para

avalar estos tratamientos, sino para argumentar que es necesario evaluar a los candidatos con el fin de descartar posibles co-ocurrencias. En ese sentido, sólo hay un estudio que usan

los documentos chilenos para respaldar la hormonación de NNA (Turban et al., 2020). El informe Cass evaluó este estudio como *low-quality*. En otras palabras, desde un enfoque basado en la evidencia, el programa PAIG promueve la hormonación de NNA apoyándose en literatura ínfima y de calidad insuficiente. Con esa base, durante el último año, al menos 600 niños y adolescentes (de un total de 1.900) fueron derivados desde al PAIG a tratamientos hormonales. Esto contrasta de manera diametralmente opuesta al supuesto esfuerzo de elaborar un programa en base a “revisión de evidencia científica actualizada” (Orientación técnica, 2023, p. 9).

4.2 Análisis detallado por documento

A continuación se revisan en detalle los 5 documentos seleccionados para su análisis, con el fin de obtener información más específica sobre el tipo de evidencia empírica que utilizan y otros detalles acerca de su calidad.

4.2.1. “Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme” (2021)

Desde el punto de vista científico, las *Recomendaciones* prácticamente carecen de sustento empírico para recomendar la hormonación de menores de edad. La mayoría de las referencias son literatura no-científica (n=59) o que no presenta evidencia empírica (n=26). Y aunque hay pocos estudios que sí presentan evidencia (n=10), sólo uno de ellos está relacionado con tratamientos afirmativos (de Vries et al., 2011). Este estudio fue evaluado como *medium-quality* por la Revisión Sistemática. Sin embargo, las *Recomendaciones* lo utilizan para argumentar la importancia de evaluar coocurrencia de posible Trastorno del Espectro Autista³⁰(*Recomendaciones*, p. 33), y no para respaldar el acceso de NNA a tratamientos médicos. El resto de los estudios que presentan evidencia científica tratan sobre otros temas, por ejemplo, la caracterización de los niños no-binarios en Amsterdam (Vijlbrief et al., 2019) o la discriminación que sufren las personas LGBT en Chile (Barrientos et al., 2019). Se referencian 5 guías clínicas (*clinical guideli-*

nes) que fueron analizadas por las Revisiones Sistemáticas del Informe Cass. Cuatro de ellas no fueron recomendadas por ninguno de los expertos evaluadores (OPS, 2013; APA, 2015; Raftery et al., 2018; Telfer, 2018), mientras que la otra (Coleman et al., 2012) fue sólo aceptada por uno, pero con modificaciones. Hay que destacar que esta última no se utiliza en las *Recomendaciones* para respaldar ningún tipo de intervención psicosocial u hormonal.

En otros aspectos relevantes, este texto recomienda derivar al PAIG a niños entre 1 y 4 años “si requieren” (*Recomendaciones*, p. 48), lo que contrasta con otros documentos donde se dice que el PAIG tiene como público objetivo a personas entre 3 y 17 años. Por otra parte, aunque no se establece la transición hormonal o quirúrgica como prestación, en al menos 11 partes del texto se hace referencia a la posible conveniencia del acceso de los adolescentes a tratamientos médicos (ver anexo 1). Finalmente, aunque se reconoce la importancia de la evaluación psicológica para detectar problemas de salud mental coexistentes con la disforia de género (*Recomendaciones*, p. 33), el programa destina apenas una sesión de 45 minutos para realizarlo (p. 73).

En síntesis, las *Recomendaciones* no ofrecen ningún tipo de evidencia empírica para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, como tampoco para afirmar que es el único modelo apropiado.

4.2.2. Orientación técnica

Desde el punto de vista científico, la *Orientación Técnica* no contiene sustento empírico para apoyar la hormonación de menores de edad. Parte importante de las referencias son literatura no-científica (n=20) o literatura que no presenta evidencia (n=27). Aunque se presenta un número importante de estudios empíricos (n=26), ninguno de ellos se relaciona con la validez del tratamiento transafirmativo, sino con otros temas, tales como el rol de la constancia de género en

³⁰ Se ha encontrado que entre las personas que se identifican como transgénero hay una mayor co-ocurrencia de Trastorno de Espectro Autista que en las personas no-transgénero. De ahí la necesidad de evaluar este posible diagnóstico y asegurarse que no esté interfiriendo en la definición de la identidad de género.

el desarrollo de la identidad de género temprana (Ruble et al., 2007), o sobre la relación entre la sensibilidad cultural y el estrés percibido entre enfermeras que trabajan con pacientes extranjeros (Uzun et al., 2015).

Solo dos referencias fueron recogidas por las revisiones del Informe Cass. Por una parte, la guía clínica de la APA (2015), que fue rechazada por los 3 expertos evaluadores. Por otra, la guía clínica de la Coleman et al., (2022), que fue rechazada por 2 expertos y aprobada con modificaciones por el otro evaluador.

En otros aspectos relevantes, se argumenta que el PAIG debe comenzar desde los 3 años en el supuesto de que “la mayoría de las personas trans (...) o género no conforme (...), datan sus primeros recuerdos de disconformidad con el género que le asignaron al nacer entre los tres y cinco años” (Orientación técnica, p. 13). Este argumento es respaldado con dos referencias inapropiadas: la primera de ellas no dice nada sobre los recuerdos de las personas trans (Castilla-Peón, 2018) y la segunda (Ruble et al., 2007) no trata sobre identidades transgénero. Este uso inapropiado constituye una manipulación de referencias,³¹ práctica poco científica y poco ética.

Finalmente, aunque no establece la transición hormonal o quirúrgica como prestación del programa, en al menos 7 párrafos se hace referencia a la conveniencia del acceso de los adolescentes a tratamientos médicos (ver anexo 2).

En síntesis, la Orientación Técnica no ofrece ningún tipo de evidencia empírica para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, como tampoco para afirmar que es el único modelo apropiado. Esto contrasta con lo indicado en la presentación del documento, donde se afirma que se elaboró en base a una revisión de evidencia científica actualizada (p. 9). También contrasta con la afirmación de que el enfoque afirmativo sería el más adecuado (p. 14), aludiendo a un supuesto consenso que no es respaldado en ninguna referencia.

Finalmente, aunque no establece la transición hormonal o quirúrgica como prestación del pro-

grama, en al menos 7 párrafos se hace referencia a la conveniencia del acceso de los adolescentes a tratamientos médicos (ver anexo 2).

En síntesis, la *Orientación Técnica* no ofrece ningún tipo de evidencia empírica para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, como tampoco para afirmar que es el único modelo apropiado. Esto contrasta con lo indicado en la presentación del documento, donde se afirma que se elaboró en base a una revisión de evidencia científica actualizada (p. 9). También contrasta con la afirmación de que el enfoque afirmativo sería el más adecuado (p. 14), aludiendo a un supuesto consenso que no es respaldado en ninguna referencia.

4.2.3. Informe PAIG

Este documento carece de una lista de referencias, situación inaceptable para un texto que cita constantemente literatura científica. La mayoría de las referencias consisten en estudios empíricos (n=17). Sin embargo, ninguno está relacionado con la validez de los tratamientos médicos, sino con otras temáticas, tales como las infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales (Toibaro et al., 2009) o los patrones de desarrollo de la identidad de género en niños sin disforia de género (Martin y Ruble, 2010). Hay 6 referencias que fueron imposibles de rastrear y 1 que fue retirada por sus autores. No se hace alusión a ninguna guía clínica. Junto con ello, se observa que solo una referencia fue incluida en las revisiones sistemáticas de la Dra. Cass. Se trata de una revisión no-sistemática de literatura que describe el modelo afirmativo del Hospital de Chicago (Chen et al., 2016). Por no tratarse de un estudio que presente evidencia empírica, no recibió calificación de calidad por las revisiones sistemáticas comisionadas a la U. de York.

En otros aspectos relevantes, este texto presenta importantes debilidades argumentativas, reiterada manipulación de la evidencia e incluso incurre en plagiar un estudio. Detectamos al menos 8 situaciones que deben ser explicitadas:

³¹ Consiste en fundamentar una idea aludiendo a una referencia bibliográfica que en realidad no la defiende o incluso que se opone a esta idea.

1. La argumentación principal del texto descansa en 3 referencias que en realidad no dicen lo que el documento defiende.

a) El componente N°1³² del programa alude a un supuesto programa en Washington que apoya la intervención afirmativa con NNA desde los 3 años de edad (Hill et al., 2010), entregado a través de sesiones individuales y visitas domiciliarias (p. 3). Pero esto es falso. Lo que el artículo de Hill et al. describe son sesiones grupales para padres y no sesiones individuales ni visitas domiciliarias. Más aún, este artículo no menciona la edad de inicio de su programa.

b) El componente N°2³³ se justifica en los supuestos resultados de un estudio conducido por Ryan (2010) en San Francisco, USA (p. 3). Sin embargo, el artículo mencionado no es un estudio, porque no aporta ningún tipo de evidencia, pero tampoco es un artículo científico, porque no está publicado en una revista científica. Es un texto que se publicó en una revista de difusión, por lo que no hay cómo saber siquiera si fue revisado por pares. Esto es equivalente a que se use un reportaje del periódico para fundamentar una política pública, lo que carece de absoluta rigurosidad científica.

c) El componente N°3³⁴ descansa en los supuestos resultados obtenidos por un programa del Hospital de Chicago (Chen et al., 2016), en Estados Unidos (p. 3). Sin embargo, este artículo no es un estudio, ni presenta resultados. No tiene ningún tipo de medición. Es un texto donde el equipo médico del Hospital de Chicago cuenta lo que hace en los establecimientos educacionales para educar a profesores y padres en un modelo afirmativo. Pero el artículo no contiene ningún tipo de medición que permita concluir que el programa funciona o que tiene buenos resultados.

2. El texto incluso incurre en la práctica de proponer ideas como si fueran propias, cuando en realidad las tomaron de otro texto, lo que tam-

bién se conoce como plagio. Específicamente, el cuarto párrafo de la página 2 está tomado casi literalmente del artículo de Castilla-Peón (2018). Para no mencionar su origen, hicieron cambios sutiles de redacción y de orden para que pareciera original. Sin embargo, mantuvieron prácticamente las mismas referencias bibliográficas (ver anexo 3).

3. El documento afirma que la población objetivo del PAIG es de 37.427 NNA. Sin embargo, el método para llegar a ese número contiene aspectos muy cuestionables. Para llegar a ese número, consideraron el total de NNA según el CENSO de 2017 y lo multiplicaron por 1,3%, que es la supuesta prevalencia de NNA con identidad transgénero. Para respaldar esta prevalencia utilizan un solo estudio (Shields et al., 2013), que se basó en una encuesta sobre conductas de riesgo que se aplicó a jóvenes entre 12 y 17 años de 22 escuelas públicas de San Francisco (USA). Hay que decir que esta estimación supera en mucho las estimaciones más conocidas de la prevalencia de NNA cuya identidad de género no calza con su sexo biológico (según el DSM V, de 2014, el número sería entre 0,002% y 0,005%). Los elaboradores del Informe PAIG aplicaron la prevalencia de 1,3% para los NNA chilenos entre los 3 a los 17 años, cuando en realidad el estudio solo se enfoca en adolescentes de 12 a 17 años. Esto demuestra muy poco rigor científico, ya que se asume que la realidad de los adolescentes de San Francisco es equivalente a la de los NNA chilenos entre los 3 y los 17 años. El estudio de Shields admite que se requiere investigación adicional para evaluar la fiabilidad y validez del cuestionario que utilizaron para medir identidad de género. Esto significa que no tienen certeza de que el cuestionario utilizado realmente permita medir la identidad de género de los adolescentes, consideración que el Informe PAIG omite. En resumen: el alcance del PAIG se determinó a partir de un solo estudio, realizado en una cultura difícilmente extrapolable a la chilena, enfocado en un grupo etario diferente y cuyo método de recogida de datos no ha sido validado.

32 El componente 1 del PAIG consiste en la atención género-afirmativa como apoyo psicosocial (p.5)

33 El componente 2 consiste en orientación familiar como apoyo psicosocial (p. 6)

34 El componente 3 consiste en la inclusión del NNA en el entorno educacional (p. 7)

4. Nos parece delicado que el documento afirme que los cuidadores son la principal fuente de riesgo para la salud de los NNA con identidad de género no conforme: "Tal como se describió anteriormente, estudios longitudinales observan que los factores de riesgo a los que se expone esta población, se presentan tempranamente, a los 3 años de edad, siendo sus cuidadores la principal fuente de riesgo" (p. 2). Esta afirmación se hace sin ofrecer ninguna literatura para respaldarla.

5. El estudio de Haas et al. (2014) es presentado como evidencia de que los problemas de salud física, mental o de conducta que presentan NNA con Identidad de género no conforme tienen su origen en las reacciones negativas de la sociedad (p. 2). Sin embargo, el texto de Haas afirma lo contrario, a saber, que su estudio no permite concluir tal cosa: "*Los datos de la encuesta no nos permitieron determinar una relación causal directa entre experimentar rechazo, discriminación, victimización o violencia, e intentos de suicidio a lo largo de la vida*"³⁵(Haas, 2014, p.13). Esto constituye otro grave ejemplo de manipulación de las referencias. Además, este estudio no es sobre NNA, sino sobre adultos, por lo que es aún más grave la manipulación. Finalmente, es importante explicitar que el texto de Haas et al., no es un artículo científico, sino un texto de divulgación que no fue revisado por pares ni aceptado en revista alguna.

6. El estudio de Simons et al. (2013) es presentado como evidencia de la relación entre la falta de apoyo de los cuidadores y la menor satisfacción con la vida y más síntomas depresivos, dando la impresión de que se refieren al apoyo respecto de la identidad de género de los NNA. Sin embargo, el estudio sólo analizó el apoyo en un sentido general, y no respecto de la identidad de género: "*no distinguió entre el apoyo general de los progenitores y el apoyo específico a la identidad de género ni evaluó las cualidades o acciones particulares de los progenitores que constituyen*"³⁶ (Simons et al., 2013, p. 3).

7. El estudio Seibel et al. (2017) es presentado como evidencia de que "*el 76% de los NNA no re-*

cibió apoyo de sus cuidadores o fueron rechazados y violentados productos de su identidad" (Informe PAIG, p. 2). Sin embargo, el texto de Seibel et al. no trata sobre NNA, sino sólo sobre adultos. Por otra parte, en ninguna parte del artículo se menciona algún porcentaje de 76%.

En síntesis, *el Informe PAIG* no ofrece ningún tipo de evidencia empírica para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, como tampoco para afirmar que es el único modelo apropiado.

4.2.3. Informe PST

Desde el punto de vista científico, el documento prácticamente carece de sustento empírico. La mayoría de las referencias son literatura no-científica (n=17) o que no presenta evidencia empírica (n=5). Aunque se citan 8 estudios empíricos, solo uno de ellos se relaciona con la validez del modelo transafirmativo (Turban et al., 2020). Este fue clasificado por el Informe Cass como *low-quality*.

El texto incorpora dos guías clínicas que fueron evaluadas por el Informe Cass: los *Standards of Care v.7* (Coleman et al., 2012) y la *Clinical Practice Guideline* de la Sociedad de Endocrinología de USA (Hembree et al., 2017). Mientras que la primera fue rechazada por dos expertos, y aceptada por el otro con modificaciones, la segunda fue aceptada con modificaciones por dos expertos, y rechazada por el otro.

La única parte del texto donde se propone que los tratamientos hormonales pueden ser beneficiosos para NNA es el siguiente: "*en niños, niñas o adolescentes trans y no binarios, el retraso puberal hormonal ha mostrado ser seguro, con buena satisfacción para la persona y de carácter reversible* (Hembree et al. 2017; Turban et al., 2020)" (Informe PST, p.4). Sin embargo, ambas referencias son débiles. En efecto, el primer texto al que aluden como respaldo no es evidencia empírica,

³⁵ "The survey data did not allow us to determine a direct causal relationship between experiencing rejection, discrimination, victimization, or violence, and lifetime suicide attempts"

³⁶ "it did not distinguish between general parental support versus support specifically for gender identity or assess particular parental qualities or actions constituting support"

³⁷ Las guías clínicas son una propuesta de cómo proceder ante una situación, y no un estudio del cual se saquen conclusiones.

sino una guía clínica.³⁷ El segundo sí contiene evidencia, pero fue considerado un estudio de baja calidad (*low-quality*) por las revisiones sistemáticas del Informe Cass.

En otros aspectos relevantes, el texto incurre en importantes falencias argumentativas y manipulación de evidencia, como pudimos constatar en 4 partes:

1. Se manipula una referencia (Coleman et al., 2018) para respaldar que la expectativa de vida de las personas transgénero no supera los 35 años, cuando en realidad el texto no habla de la expectativa de vida en ninguna parte.

2. Se afirma que las personas transgénero frecuentemente recurren a la automedicación y, en casos extremos, a la automutilación, amparándose en el artículo de Zapata et al., (2019), lo que genera la sensación de que este dato proviene de la evidencia científica. Sin embargo, no es así. El texto de Zapata es una revisión de literatura que recurre a dos referencias: la página web de las organizaciones MOVILH y OTD CHILE, ninguna de las cuales puede ser considerada evidencia científica.

3. En la parte “Diagnóstico” parecieran presentarse antecedentes para respaldar el inicio del programa desde los 10 años. En particular, se presenta el texto de Olson-Kennedy (2016) como supuesto respaldo de que la etapa crucial para la persistencia de la identidad transgénero es entre los 10 y los 13. Sin embargo, el texto de Olson-Kennedy menciona este dato no como un resultado de su estudio, sino como un antecedente empírico, es decir, refiriéndose a otro estudio (Steensma et al., 2011). Este estudio, de donde viene la idea, consistió en un reporte de 25 casos de adolescentes holandeses, de los cuales 14 opinaron que en sus procesos de vida la etapa entre los 10 y los 13 años fue crucial. En síntesis: una de las evidencias para respaldar un enfoque afirmativo desde los 10 años

consiste en la opinión de 14 adolescentes, lo que constituye un respaldo empírico sumamente pobre.

4. Para terminar, es muy llamativo que el Informe proponga el programa clínico inglés para la disforia de género. Lo presentan como evidencia de experiencia internacional para justificar el PST. Sin embargo, a pesar de que el *Informe PST* fue publicado en 2023, omiten por completo que en octubre de 2022 el NHS decidió cerrar el programa por carecer de evidencia empírica, tras la socialización de los primeros resultados del Informe Cass.³⁸

En síntesis, el *Informe PST* ofrece evidencia de baja calidad para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, y no ofrece evidencias de que este modelo sea el único apropiado.

4.2.4. Respuesta a Oficio

Este es un oficio de la Ministra de Salud, Sra. Ximena Aguilera Sanhueza, en respuesta a 9 requerimientos realizados por la diputada Ana María Gazmuri. Es relevante mencionar que la diputada solicitó que se indicaran los estudios y la evidencia científica utilizada en la confección del PAIG. El oficio presenta un total de 33 referencias, de las cuales la mayoría son literatura no-científica (n=22). El resto es literatura que no presenta evidencias (n=8) o son guías clínicas (n=3). En otras palabras: no presenta ninguna evidencia científica. Junto con ello y respecto a las guías clínicas, solo una de ellas fue revisada por el Informe Cass (Coleman et al., 2012), siendo rechazada por dos de los tres expertos evaluadores.

En uno de los aspectos más relevantes, la diputada consultó “*si previo al ingreso de un NNA se realiza una evaluación psicológica, por un profesional del área de la salud, para descartar o confirmar la existencia de patologías, trastornos, desórdenes*

³⁷ Las guías clínicas son una propuesta de cómo proceder ante una situación, y no un estudio del cual se saquen conclusiones.

³⁸ <https://www.theguardian.com/society/2022/jul/28/nhs-closing-down-london-gender-identity-clinic-for-children>

de salud mental, trastorno de espectro autista, u otros análogos” (p. 3). La respuesta que ofreció la Ministra evita referirse al PAIG. Sin embargo, si revisamos las “Recomendaciones” se confirma que el ingreso al PAIG se realiza mediante el consentimiento o asentimiento por escrito en la primera sesión (“Acogida y contención”), que dura apenas 30 minutos. La evaluación se realiza en el tercer encuentro, cuando el NNA ya ha dado su consentimiento o asentimiento para entrar al programa. En síntesis: el ingreso al PAIG se sella con un consentimiento escrito tras una reunión de apenas 30 minutos, sin ningún tipo de evaluación psicológica previa.

Además, según se puede deducir de la respuesta otros requerimientos, el PAIG no sólo carece de evaluación previa, sino que incluso la evaluación que se realiza dentro del PAIG carece de protocolos, informes y características mínimas de los informes para que el NNA continúe en el programa.

En síntesis, la *Respuesta al oficio* no ofrece ningún tipo de evidencia empírica para afirmar que el modelo afirmativo sería beneficioso o carente de riesgos para NNA, como tampoco para afirmar que es el único modelo apropiado.

5. Discusión y conclusiones

La lectura comprensiva de los documentos acerca del PAIG y el PST nos muestra que ambos programas contemplan e impulsan la hormonación de NNA que se identifican como transgénero o género no-conforme. Aunque el PAIG no incluye tales prestaciones, indica que los NNA tienen que ser informados acerca de tales tratamientos, se les acompaña en la decisión de optar a los mismos e incluso se promueve la derivación de los NNA a tales tratamientos. Además, los documentos defienden muchas veces este tipo de tratamientos y transmiten a los encargados de implementar el PAIG que su aplicación es una opción segura y poco riesgosa,

cuando aún no existe evidencia de calidad para afirmar aquello. En ese sentido, el PAIG no sólo es la puerta de entrada de NNA a tratamientos médicos, sino que incluso constituye el espacio donde se toma la decisión de comenzar estos procedimientos y la derivación a los mismos.

El PST, por su parte, es un programa que se diferencia del PAIG, entre otras cosas, en que sí incluye la prestación de tratamientos médico-afirmativos. De ahí que la inclusión de niños desde 10 años hacia adelante está orientada a la prestación de tales servicios en NNA, en particular, para el bloqueo de la pubertad. Una evidencia a favor de esta idea es que el programa defiende en su marco conceptual que los bloqueadores de la pubertad han mostrado ser seguros y satisfactorios en NNA, y de hecho indica explícitamente que tales tratamientos deben ser administrados al inicio de las etapas II a III de Tanner,³⁹ lo que ocurre alrededor de los 10 años.

En su conjunto, los documentos acerca de ambos programas prácticamente no ofrecen ninguna evidencia para respaldar la validez científica de los tratamientos afirmativos. En efecto, la mayor parte de las referencias es literatura no-científica (43,64%) o es literatura que no presenta evidencia (24,74%). Y aunque se presentan varios estudios que ofrecen evidencia (20,7%) sólo 2 estudios (0,69%) ofrecen evidencia a favor de los tratamientos hormonales. Uno de esos estudios fue calificado por el Informe Cass como *low-quality* (Turban et al., 2020), y el otro como *medium-quality* (de Vries et al., 2011).

Respecto a la calidad de la literatura mencionada, la inmensa mayoría (278 de 291 referencias) no fue incluida en el Informe Cass, ya sea porque no se trata de literatura científica o porque, pasando un primer filtro, se encontró que carecía de revisión de pares. En otras palabras: la mayor parte de la literatura incluida en los documentos chilenos no tiene la calidad suficiente como para ser considerada relevante, según los estándares del Informe Cass. De las escasas referencias que sí fueron consideradas relevantes (n=2), ninguna

³⁹ La escala de Tanner es una valoración en la escala de I (niño) a V (adulto) de la madurez sexual a través del desarrollo físico de niños, adolescentes y adultos. Sirve para determinar el inicio de la pubertad y el desarrollo apropiado de los caracteres sexuales.

fue calificada como *high-quality* y, respecto de las guías clínicas (n=11), ninguna fue recomendada por los expertos con unanimidad.

En su conjunto, tanto el PAIG como el PST sugieren que el acceso de NNA a tratamientos hormonales es beneficioso y de poco riesgo. Sin embargo, esto contrasta con las conclusiones del Informe Cass, que afirman que los tratamientos hormonales no tienen beneficios probados por evidencia de calidad y que sus riesgos no son suficientemente conocidos. Recordemos que esta conclusión llevó al gobierno inglés a prohibir los tratamientos hormonales en el sistema público y privado.

En general, llama la atención que los documentos adolezcan de problemas de rigor y probidad. La presencia de manipulación de referencias, la falta de referencias en argumentaciones clave y el uso de plagio socavan gravemente la credibilidad científica de estos documentos, y en consecuencia, de los programas que respaldan.

Por otra parte, resulta alarmante que los documentos sugieran que los niños entre 1 y 4 años pueden ser derivados al PAIG (Recomendaciones, p. 48) sin evaluación psicológica previa y en apenas 30 minutos. A su vez, es preocupante que el programa incluya la entrega de información acerca de tratamientos médicos a NNA (Recomendaciones, p. 71) sin primero cerciorarse de que el NNA esté interesado en ello, pues este tipo de acciones constituyen una intervención psicológica. Forzar temáticas en niños, niñas o adolescentes es irresponsable desde el punto de vista terapéutico.

Otro elemento que preocupa es que el programa incluya el acompañamiento de decisiones como la de iniciar tratamientos hormonales (Recomendaciones, p. 81) sin indicar ningún límite de edad. Esto contrasta muchísimo con la Ley 21.120, que permite el cambio de sexo registral recién a los 14 años y contrasta con la idea de que el PST, programa donde se ofrecen tratamientos hormonales a NNA, admita a niños desde los 10 años de edad, y no antes.

Finalmente, es muy preocupante que el PAIG sugiera que los adolescentes podrían ser derivados a tratamientos quirúrgicos (Recomendaciones, p. 97), considerando que el PST sólo considera a los adultos elegibles para este tipo de procedimientos. Junto con ello, resulta grave que el ingreso de NNA al PAIG se realice en el primer encuentro con el menor y su familia, sin evaluación psicológica previa, y en una sesión que está planificada para durar 30 minutos (Recomendaciones, p. 70, 86).

6. Análisis final

A continuación se hace un análisis general de la situación en la que se encuentra Chile con respecto a los tratamientos afirmativos a NNA que se identifican como transgénero y su sustento empírico en las políticas públicas chilenas. Para ello, el análisis se divide en “lo bueno”, “lo mejorable” y lo “ausente”.

6.1. Lo bueno:

- Respecto de los programas PAIG y PST, nos parece positivo que exista el interés por acompañar y ayudar a esta población de NNA, que según muestra la literatura, sufren de hostigamiento, maltrato y altos índices de problemas de salud mental.
- Nos parece positivo que el debate generado en torno a los tratamientos afirmativos permita a la sociedad realizar una reflexión crítica acerca del mejor modo de acompañar a NNA que se identifican como transgénero o género no-conforme. En efecto, es posible que la publicación del Informe Cass y los reportajes hayan sido la motivación para que instituciones públicas (MINSAL) y privadas (UC Christus) hayan decidido detener la oferta de tratamientos hormonales e iniciar un proceso de revisión.
- La constatación de la débil evidencia a favor de los tratamientos afirmativos ha movido a diferentes actores sociales a realizar más y mejores estudios empíricos para

comprender mejor a esta población, sus necesidades y los tratamientos que más favorecen su bienestar.

6.2. Lo mejorable:

- Los programas PAIG y PST podrían ser mejorados en la medida que consideren con apertura la investigación de la Dra. Cass y de otras revisiones sistemáticas de literatura que sean publicadas en adelante, en la medida que sean rigurosas para calificar la calidad de las evidencias.
- El NHS de Reino Unido decidió reservar los bloqueadores puberales sólo para ensayos clínicos, prohibiendo su uso regular en el sector público y privado, y alentando a los investigadores a realizar mejor investigación para determinar qué tratamientos sociales, psicológicos y médicos son los más convenientes para esta población. Pensamos que la incorporación de estas medidas al ámbito chileno serían una mejora significativa para un cuidado de NNA basado en la evidencia. En línea con el llamado del Informe Cass a realizar más y mejor investigación, los programas PAIG y PST podrían incorporar un sistema para poder evaluar científicamente sus resultados y en base a los mismos generar mejores políticas públicas.
- Además, en línea con la sugerencia de la Dra. Cass, los programas podrían incorporar tratamientos alternativos, como por ejemplo, la terapia exploratoria, que no implica necesariamente transición social, hormonal o quirúrgica. Convendría que los programas dejen la opción en manos de los padres y cuidadores.
- Sería bueno mejorar los graves problemas relacionados con la manipulación de referencias, la argumentación sin referencias y el uso de plagio.

6.3. Lo ausente:

- Los documentos chilenos carecen de suficientes referencias a estudios empíricos sobre tratamientos médicos en NNA, tanto de aquellas que muestran beneficios como de las que muestran riesgos.
- Falta la publicación de algún texto aclaratorio sobre el PST, equivalente a las Recomendaciones o a la Orientación Técnica, que son del PAIG.
- Tal como mostró la Respuesta a Oficio, falta mayor definición sobre protocolos, flujos de atención, consentimiento informado y otros aspectos acerca de la implementación de estos programas.
- Falta plantear una etapa de evaluación profunda previa al ingreso al programa PAIG.
- Hace falta que el Estado plantee más de una alternativa para ayudar a los NNA que se identifican como transgénero. El modelo afirmativo, que está a la base del PAIG, sugiere que el único camino para lograr el bienestar sería ofrecer transición social y hormonal a los menores de edad. Sin embargo, recientemente se ha planteado otro modelo llamado *exploratorio u holístico*, que se propone brindar un espacio apropiado para que los niños crezcan en autoconocimiento y madurez sin necesidad de realizar transición social u hormonal. Este es el enfoque que más se acerca a la recomendación realizada por la Dra. Cass, en el sentido de disminuir la ansiedad a través de un verdadero proceso de psicoterapia a estos jóvenes, y no por medio de intervenciones más invasivas como la transición social u hormonal.

Nuestro análisis ha mostrado que los programas PAIG y PST promueven la hormonación de NNA que se perciben como transgénero o género no-conforme. Mientras que el PAIG tematiza tempranamente la posible hormonación, acom

paña las decisiones de hormonarse y deriva a hormonación, el PST contempla la prestación de tales tratamientos.

El conjunto de la literatura citada en ambos programas prácticamente carece de sustento científico para respaldar la hormonación de NNA que se identifican como transgénero. Ninguna de las referencias citadas por la documentación chilena es calificada como alta calidad según el Informe Cass. Ninguna de las guías clínicas mencionadas es recomendada por los expertos que colaboraron con el Informe Cass. Además, los textos adolecen de severos problemas tales como la manipulación de referencias, la omisión de literatura en argumentaciones clave e incluso el uso de plagio.

Genera preocupación que los documentos señalen que la edad de inicio del PAIG podría ser desde el primer año de vida, que el ingreso al programa se realice sin evaluación psicológica previa, que la evaluación que se realiza una vez ingresados al programa tome apenas 45 minutos, que se les informe a NNA acerca de la posibilidad de hormonarse sin que sea necesaria la manifestación de tal inquietud, que el inicio de tratamientos hormonales no tenga edad de inicio clara y, sobre todo, que se contemple la posibilidad de derivar a menores de edad a procedimientos quirúrgicos.

El abordaje médico de NNA merece el mayor estándar de todos, especialmente si se trata de intervenciones que pueden tener consecuencias para toda la vida. A la luz de lo revisado en esta nota técnica, podemos afirmar sin rodeos que las políticas públicas chilenas están muy lejos de alcanzarlo.

7. Referencias

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>

Barrientos, J., Silva, J., Catalán, S., Gómez, F., & Longueira, J. (2010). Discrimination and victimization: Parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) pride, in Chile. *Journal of homosexuality*, 57(6), 760-775.

Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. Disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/interim-report/>

Cass, H. (2024). *The Cass Review*. Disponible en: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

Castilla-Peón, M. F. (2018). Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 75(1), 7-14.

Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117-123.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>

Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults*. Disponible en: <https://queeramnesty.ch/docs/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *Endocrine Practice*, 23(12), 1437-1437. <https://doi.org/10.4158/1934-2403-23.12.1437>

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of sex & marital therapy*, 36(1), 6-23.

Martin, C. L., & Ruble, D. N. (2010). Patterns of gender development. *Annual review of psychology*, 61(1), 353-381.

Mindesol (2023a). Programa de Apoyo a la Identidad de Género. *Informe de detalle de programas sociales*. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212572_doc_pdf1.pdf

Mindesol (2023b). Programa de Salud Trans. *Informe de detalle de programas sociales*.

Minsal (2010). *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*. Disponible en: <https://www.movilh.cl/documentacion/trans/Ord%2057%202988%20Env%C3%ADa%20v%-C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20para%20la%20adecuaci%C3%B3n%20corporal%20en%20personas%20con%20incongruencia-1.pdf>

Minsal (2021a). Programa de Apoyo a la Identidad de Género. *Proceso de formulación presupuestaria*. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212572_doc_pdf.pdf

Minsal (2021b). *Recomendaciones para la implementación de programas de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes Trans y de Género no conforme*. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RECOMENDACIONES-PARA-LA-IMPLEMENTACION-DEL-PROGRAMA-DE-ACOMPANAMIENTO-PARA-NINOS-NINAS-Y-ADOLESCENTES-TRANS-Y-GENERO-NO-CONFORME.pdf>

Minsal (2022a). Programa de Apoyo a la Identidad de Género. *Monitoreo y seguimiento oferta pública*. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310469_doc_pdf.pdf

Minsal (2022b). Programa de Apoyo a la Identidad de Género. *Proceso de formulación presupuestaria*. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-244239_doc_pdf.pdf

Minsal (2023a). *Ordinario C71 N°1902. Solicitud de modificación presupuestaria distribución de recursos de expansión del Programa de Contingencias Operacionales año 2023*.

Minsal (2023b). *Orientación técnica para la implementación del PAIG en la red de salud pública chilena*. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/2024.01.03_OT-ACOMPAN%CC%83AMIENTO-PSICOSOCIAL-IDENTIDAD-DE-GENERO-NNA.pdf

Minsal (2023c). Programa de Salud Trans. *Monitoreo y seguimiento oferta pública*. Disponible en: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2024/PRG2024_3_122446.pdf

Minsal (2023d). Programa de Salud Trans. *Proceso de formulación presupuestaria*. Disponible en: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2022/PRG2022_1_122446.pdf

Minsal (2024). ORD. A111 N°1682. *Informe sobre la existencia e implementación en los Servicios de*

Salud Pública, del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (en adelante PAIG), dirigido a niños, niñas y adolescentes. Disponible en: https://www.camara.cl/verdoc.aspx?prmTIPO=OFICIO_FISCALIZACION_RESPUESTA&prmID=139287

Olson, K. R. (2016). Prepubescent Transgender Children: What We Do and Do Not Know. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(3), 155-6.

PAHO, & WPATH. (2014). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans Persons and their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries*. <https://www.paho.org/en/node/50469>

Rafferty, J. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>

Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & Shrout, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child development*, 78(4), 1121-1136.

Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & Shrout, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child development*, 78(4), 1121-1136.

Ryan, C. (2010). Engaging Families to Support Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: The Family Acceptance Project. *Prevention Researcher*, 17(4), 11-13.

Seibel, B. L., de Brito Silva, B., Fontanari, A. M., Catelan, R. F., Bercht, A. M., Stucky, J. L., ... & Costa, A. B. (2018). The impact of the parental support on risk factors in the process of gender affirmation of transgender and gender diverse people. *Frontiers in psychology*, 9, 399.

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth

in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248-250.

Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of adolescent health*, 53(6), 791-793.

Steensma, T. D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2023-326669. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>

Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024b). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of guideline quality (part 1). *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2023-326499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499>

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024c). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild-2023-326760. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326760>

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>

Toibaro, J. J., Ebensrtejin, J. F., Parlante, Á., Burgoa, P., Freyre, A., Romero, M., & Losso, M. H. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades se-

xuales. *Medicina (Buenos Aires)*, 69(3), 327-330.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, 145(2).

Uzun, Ö., & Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3400-3408.

Vijlbrief, A., Saharso, S., & Ghorashi, H. (2020). Transcending the gender binary: Gender non-binary young adults in Amsterdam. *Journal of LGBT Youth*, 17(1), 89-106.

Zapata, A., Díaz, K., Barra, L., & Linares, J. et al. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72.

8. Anexos

Anexo 1. Menciones a tratamientos médicos en las Recomendaciones

Página	Texto (las negritas se pusieron para resaltar la mención a los tratamientos médicos)	Destinatario
p. 71	"Además, se deberá entregar información sobre opciones disponibles de tratamiento en el futuro, sus ventajas y desventajas, y edades recomendadas para acceder a ellos (tratamiento hormonal, cirugías de modificación corporal, etc.) indicando que éstas no son necesarias para acceder en su oportunidad al cambio de nombre y sexo registral".	NIÑOS
p. 81a	"Considera el acompañamiento del niño o niña y su familia en aquellas decisiones que deberán ir tomando de acuerdo con su edad y grado de madurez y en relación a su identidad de género, tales como: decisiones acerca de su salud, educación, legales, etc. Algunas de estas decisiones son el inicio de la transición social, tratamientos de modificación corporal , cambio legal del nombre y sexo registral, entre otras".	NIÑOS
p. 81b	"Acompañar al niño o niña y su familia en la toma de decisiones relacionadas a la autodeterminación del cuerpo y en consideración de la autonomía progresiva, apoyando en la evaluación de sus implicancias, informando de alternativas existentes que sean seguras y basadas en evidencia, y contactarles con otros equipos u organizaciones relacionadas que puedan favorecer los procesos de decisión en esta materia".	NIÑOS
p. 81c	"La decisión de transitar socialmente en la infancia debe necesariamente involucrar opciones que le permitan al niño o niña explorar lo que significa vivir expresando un rol de género diferente al esperado por el contexto social. Dichas opciones deben ser capaces de irse amoldando al curso de vida del niño o niña, a lo que vaya experimentando y necesitando, informando sobre las opciones que resultan ser reversibles y aquellas que no ".	NIÑOS
p. 83a	"Actualmente, la prestación que se brinda con el objetivo de promover la salud integral y pesquisar factores de riesgo es el Control de Salud Integral de Salud. Este espacio se encuentra disponible en todos los CESFAM y, además, atendiendo a las características de los y las adolescentes, se ha reforzado en la última década la estrategia de Espacios Amigables, los cuales buscan llegar de forma más efectiva y asegurar otras prestaciones, como la regulación de la fertilidad y consejerías psicosociales. Estos espacios representan una, y quizás la más importante, puerta de entrada para el programa de acompañamiento en este grupo etario, siendo además relevantes en tanto continuidad del acompañamiento y oportunidad de las derivaciones a especialidad, si se decide iniciar procesos de adecuación corporal ".	ADOLESCENTES
p. 83b	"A su vez, en este periodo, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios marca un hito importante, pudiendo aparecer dificultades en la esfera emocional y social que anteriormente no habían aparecido, asociados a poseer características corporales que no coinciden con la identidad de género, y con ello podría conducir a la toma de decisión respecto a medidas y tratamientos de modificación corporal ".	ADOLESCENTES
p. 87	"Además, se deberá entregar información sobre opciones disponibles de adecuación corporal , sus ventajas y desventajas, y edades recomendadas para acceder a ellos (tratamiento hormonal, cirugías de modificación corporal, etc.)".	ADOLESCENTES
p. 89a	"Durante la adolescencia se deberá intensificar la exploración de posibles indicadores de problemas y trastornos de salud mental. La disforia de género es más común que se presente en esta etapa, y se verá notoriamente reducida en la medida de que él o la adolescente pueda realizar su proceso de transición social y acceda a procedimientos de modificación corporal, ya sean reversibles o definitivos ".	ADOLESCENTES

p. 89b	"Es importante señalar que la presencia de disforia de género o comorbilidad no es impedimento para que él o la adolescente accedan a procedimientos de modificación corporal ; de hecho, estos procedimientos pueden formar parte importante del tratamiento de la disforia de género".	ADOLESCENTES
p. 97a	"Acompañar a el o la adolescente y su familia en la toma de decisiones relacionadas a la autodeterminación del cuerpo y en consideración de la autonomía progresiva, apoyando en la evaluación de sus implicancias, informando de las alternativas existentes que sean seguras y basadas en evidencia, y contactarles con otros equipos u organizaciones relacionadas que puedan favorecer los procesos de decisión en esta materia".	ADOLESCENTES
p. 97b	"Acompañamiento a la transición: A lo ya indicado para niños y niñas, se agrega en la etapa adolescente: - Apoyo en la comprensión y afrontamiento de las implicancias de la transición en los diferentes entornos (familiar, escolar, social, etc.) y manejo de expectativas. - Proveer acceso a información sobre métodos seguros para modificaciones reversibles: entrenamiento vocal, fajamiento de busto, depilación láser, prótesis de pene, etc. y evitar el uso de métodos riesgosos para ello, educando sobre cómo reducir mamas o evitar el uso de hormonas disponibles en el mercado negro. - Derivar a el o la adolescente para tratamiento hormonal o cirugía de modificación corporal, explicando el proceso y acompañando en los pasos a seguir ".	ADOLESCENTES

Anexo 2: Menciones a tratamientos hormonales en la Orientación Técnica

Página	Texto (las negritas se pusieron para resaltar la mención a los tratamientos médicos)	Destinatario
p. 16	"Bajo esta mirada, a las necesidades de apoyo frente a las consecuencias derivadas del estigma, discriminación y estrés, se suman la eventual preparación para los procedimientos afirmativos de género y el fomento del desarrollo personal integral, recuperando en las intervenciones el carácter de ser un espacio significativo y de descubrimiento para la vida de las personas (29)".	NNA
p. 19	"Equipos de Identidad de Género (nivel de especialidad): Son establecimientos que cuentan con un proceso de acompañamiento a procedimientos afirmativos de género, a fin de maximizar el bienestar de las personas trans".	NNA
p. 24	"Distintos centros hospitalarios de la red pública de salud han levantado iniciativas locales que intentan responder a las necesidades específicas de salud de las persona trans y GNC, especialmente en los procedimientos afirmativos de género".	NNA
p. 42	"Guía anticipatoria y acompañamiento para la toma de decisiones difíciles, principalmente relacionadas a los procesos de transición social y procedimientos afirmativos de género".	NNA
p. 43	"Guía anticipatoria y acompañamiento principalmente relacionadas a los procesos sociales y procedimientos afirmativos de género".	NNA
p. 30	"el PAIG recomienda a los establecimientos de salud, tanto a nivel primario como secundario, establecer acciones institucionales en diversos ámbitos, entre ellas: Si una persona solicita asesoramiento sobre tratamiento hormonal. Entregar orientación y atención de acuerdo con la capacidad de resolución de la red de salud".	NNA
p. 46	"Busca acompañar de forma afirmativa al NNA y su familia en aquellas decisiones que deberán ir tomando de acuerdo con su edad y desarrollo, y en relación con su identidad de género, tales como: decisiones acerca de su salud, educación, aspectos legales, etc. Algunas de éstas podrían ser el socializar su identidad de género en su entorno, tratamientos de afirmación corporal, cambio legal del nombre y sexo registral, entre otras; siempre de acuerdo con la edad y grado de madurez, y en relación con su identidad de género".	NNA

Anexo 3: Comparación de los textos Informe PAIG y Castilla-Peón (2018)

Informe PAIG	Castilla-Peón (2018)
<p>A nivel individual los NNA con IGNC se exponen a conductas de riesgo para la salud, como el inicio temprano de consumo de alcohol (Toibaro JJ., et. al., 2009) y de las relaciones sexuales, dos a tres veces más frecuentemente que los cisgénero, y reportan haber sido incapaces de acceder a los servicios de salud con el doble de frecuencia (Clark TC., et. al., 2014). Las NNA con IGNC transgéneros de mujer a hombre pueden padecer trastornos de la alimentación en un intento por evitar una silueta de tipo femenino. Del mismo modo se ha reportado que intentos suicidas de cuatro a cinco veces más frecuentemente que los cisgénero (Pérez-Brumer A., et. al., 2015) y la tasa de suicidio es cinco veces mayor que la de la población general (Asscheman H., et. al., 2011).</p>	<p>Se ha reportado que la tasa de suicidio en mujeres transgénero es cinco veces mayor que la de la población general (Asscheman et al, 2011), y que los adolescentes con IG sufren violencia física y emocional con mayor frecuencia que sus pares. Además, presentan síntomas depresivos e intentos suicidas de cuatro a cinco veces más frecuentemente que los cisgénero (Pérez-Brumer A., et. al., 2015) se exponen a conductas de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol (Toibaro et al., 2009) y el inicio temprano de las relaciones sexuales, dos a tres veces más frecuentemente que los cisgénero, y reportan haber sido incapaces de acceder a los servicios de salud con el doble de frecuencia (Clark et al., 2014). Las personas transgénero de mujer a hombre (TMaH) pueden padecer trastornos de la alimentación en un intento por evitar una silueta de tipo femenino.</p>