



LA IDENTIDAD DE GÉNERO INFANTOJUVENIL EN LA ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

Alumno: Paula Maureira Martínez

Profesores Guías: María Pía Martin

Profesor Co-Guía: Fabián Duarte

Santiago, enero de 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los actores que contribuyeron a esta investigación y brindan cada día la posibilidad de mejorar la inclusión y autonomía de la infancia y juventud.

Agradezco a la OTD (Organizando Trans Diversidades) por su sororidad.

Agradezco a María Pía que aceptó el desafío y, con sus sabios consejos, hizo posible hilar las ideas y traducirlas aquí.

Agradezco a mi familia, que siempre me instigó a ser la mejor versión de mi misma, sin importar cual fuera; y a Luis, que me acompañó de principio a fin, supo brindarme alas y fe en cada paso del camino.

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR
AL TÍTULO DE:** Magíster en Políticas Públicas
POR: Paula Maureira Martínez
FECHA: Enero, 2019
PROFESORA GUÍA: María Pía Martín

LA IDENTIDAD DE GÉNERO INFANTOJUVENIL EN LA ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El estudio de caso exploratorio busca comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención en niñez y adolescencia trans, poniendo énfasis en el sistema público de salud y el enfoque integral y de derechos. La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana que no solo permite la reproducción, sino también las identidades, que incluye su género percibido como también la orientación y conductas sexuales de la persona, es el marco de referencia interno que se forma el individuo y le permite generar un concepto de sí mismo. Las personas trans e intersex tienen necesidades de salud generales, y podrían requerir de asistencia para afirmar su identidad y colaboración del equipo de salud para readecuar, si así lo desean, su cuerpo en concordancia con ella.

En el campo de las políticas públicas, el tópico de la diversidad sexual en la infancia y adolescencia es reciente y se encuentra en tensión en la agenda pública, a esto se suma que se desconocen cifras representativas sobre el fenómeno, afectando la posibilidad de generar acciones específicas, por lo que las gestiones realizadas han sido promovidas por grupos de interés y organizaciones. Los servicios de salud y recintos educacionales, como base de interacción de este grupo, han debido responder a las necesidades sentidas por su población, sin tener necesariamente las herramientas legales y ministeriales para ello. Para indagar en los obstáculos y oportunidades de la atención, se realizó un análisis crítico descriptivo-cualitativo de la atención en la identidad de género en el sistema público de salud, con el Programa de identidad de género como unidad de análisis, para buscar responder a la pregunta de investigación ¿Cómo la atención para la identidad de género infantojuvenil se ha ajustado a los parámetros de los derechos humanos, sexuales y de infancia, y a las necesidades integrales de salud de esta población?. Esto se logró a través de la realización de 12 entrevistas semiestructuradas a personas claves de diversa índole, más el proceso de escrutinio de marcos legislativos y normativos, y la revisión de literatura atinente a la temática.

En el análisis, se develaron resultados en tres áreas. En la primera, la dimensión de marcos normativos, mostró que las garantías administrativas brindadas por Circulares y Vía clínica que, si bien son un avance en la materia, crean un marco regulatorio de formas de atención y tratamiento posibles y deseables, pero la carencia de lineamientos ministeriales de mayor envergadura no permite que existan incentivos, priorización ni metas asociadas, y su desactualización no refleja los últimos parámetros internacionales. La segunda dimensión, de capacidades de gestión, observa que la invisibilización de la población y sus necesidades, genera una planificación poco efectiva y la incertidumbre en los recursos que se requieren para su funcionamiento, tanto en horas profesionales como en prestaciones, y estos más la falta de financiamiento el equipo lo compensa a través de la articulación de voluntades y apoyo institucional. La tercera y última dimensión del rol que tiene la infancia y juventud en el abordaje de su identidad, muestra que queda sujeto a criterio de los profesionales mientras no haya lineamientos concretos y representan un reto de pertinencia local, cultural y valórica para el equipo.

Las hallazgos orientan la reflexión a la necesidad de levantar información fidedigna para la implementación de políticas públicas en esta materia, que permita la continuidad de estas iniciativas con un soporte financiero, estructura legal y autonomía del liderazgo de turno. Los marcos normativos han mostrado ser insuficientes para el trabajo articulado, actualizado y con enfoque de derechos en la expresión de la identidad en la infancia y juventud, por lo que se requiere de nuevos para que dirija el actuar de los profesionales y autoridades, y que permitan una visión que aborde las complejidades a las que se expone esta población para el tránsito en bienestar.

Para la infancia y adolescencia que libró batalla por encajar y no sobrevivió.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE DE IMÁGENES	7
ÍNDICE DE TABLAS	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	12
IDENTIDADES DE GÉNERO INFANTOJUVENILES	12
ATENCIÓN SANITARIA EN IDENTIDADES TRANS EN NNA	16
DISCONFORMIDAD DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	19
ANTECEDENTES NORMATIVOS	23
MARCO LEGAL CHILENO PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO.....	24
LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO Y AGENDA PÚBLICA	27
COMPROMISO CON TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO	29
GARANTÍAS ADMINISTRATIVAS Y MARCOS NORMATIVOS EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANS	30
PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE SALUD TRANS EN CHILE	35
OTRAS GARANTÍAS EN LA INFANCIA TRANS	37
MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN	39
METODOLOGÍA	39
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
<i>Instrumentos de recolección de información</i>	41
<i>Entrevistas</i>	42
ANÁLISIS CRÍTICO INTERPRETATIVO	43
1. DIMENSIÓN DE MARCOS NORMATIVOS.....	44
1.1. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS LEGISLATIVOS	44
<input type="checkbox"/> <i>Normativa general</i>	44
<input type="checkbox"/> <i>Normativa para población trans e intersex</i>	47
1.2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS EN RELACIÓN A MARCOS LEGISLATIVOS	51
<input type="checkbox"/> <i>Invisibilización e inseguridades</i>	53
<input type="checkbox"/> <i>Rol de los líderes en salud</i>	53
<input type="checkbox"/> <i>Negociaciones y compromisos de parte de la autoridad</i>	55
<input type="checkbox"/> <i>Desconocimiento y dificultades de la normativa</i>	57
<input type="checkbox"/> <i>Enfoque en los equipos de salud</i>	59
<input type="checkbox"/> <i>Ley de Derechos y Deberes en los usuarios trans</i>	62
2. DIMENSIÓN DE CAPACIDADES DE GESTIÓN	64
2.1. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN SANITARIA	65

□ <i>Equipos de salud de los programas</i>	66
2.2. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA	68
□ <i>Vulnerabilidad del programa</i>	70
2.3. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE REDES.....	72
□ <i>Acciones de los profesionales</i>	74
□ <i>Vía de ingreso al programa</i>	75
□ <i>Acompañamiento en el tránsito</i>	79
3. DIMENSIÓN DEL ROL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO.....	82
3.1. ANÁLISIS DE PRESTACIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	84
3.2. ANÁLISIS DEL ABORDAJE INTEGRAL EN EL ACOMPAÑAMIENTO	90
3.3. ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DE ESPECIALIDAD Y ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA ...	90
3.4. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS INTERSEX	91
CONCLUSIONES	94
DIMENSIÓN DE MARCOS NORMATIVOS.....	94
DIMENSIÓN DE CAPACIDADES DE GESTIÓN	95
DIMENSIÓN DEL ROL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO	97
REFLEXIONES FINALES	101
BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXO Nº1: MARCO OPERATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y SUS VÍNCULOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA	109
ANEXO Nº2: TOTAL DE EGRESOS Y PACIENTES CON EL DIAGNOSTICO DE TRANSEXUALISMO Y QUE TUVIERON UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ATRIBUIBLE A UN CAMBIO DE SEXO (*), POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD. AÑOS 2012 – 2017.	110
ANEXO Nº3: ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE	111
ANEXO Nº4: ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE	119
ANEXO Nº5: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y GUIÓN TEMÁTICO DE LA ENTREVISTA	121
ANEXO Nº6: DIRECTRIZ DE ANÁLISIS DE ENTREVISTAS	124
ANEXO Nº7: RESUMEN DE NORMATIVAS	125
ANEXO Nº8: INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE IDENTIDAD DE GÉNERO CAHSR	126

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN Nº1: EDAD EN QUE RECONOCIÓ SU IDENTIDAD DE GÉNERO, ENCUESTA T.	15
IMAGEN Nº2: PERSONAS PRESENTES EN EL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES ADSCRITAS A FONASA O ISAPRE SEGÚN TRAMO DE CALIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (CSE).	16
IMAGEN Nº3: INTENTOS DE SUICIDIO, ENCUESTA T.	21
IMAGEN Nº4: LÍNEA DE TIEMPO DE DOCUMENTOS PERTINENTES A LAS GARANTÍAS LEGALES Y ADMINISTRATIVAS EN SALUD (1980-2018).....	25
IMAGEN Nº5: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE VÍA CLÍNICA.	32
IMAGEN Nº6: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN, SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO.....	35
IMAGEN Nº7: FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HVB) ...	36
IMAGEN Nº8: VALIDEZ DE CONSTRUCTO EN ESTUDIO DE CASO	41
IMAGEN Nº9: DIRECTRIZ DE ANÁLISIS DE ENTREVISTAS.....	42
IMAGEN Nº10: ANÁLISIS CRÍTICO INTERPRETATIVO Y SUS DIMENSIONES.....	43
IMAGEN Nº11: DIAGRAMA DE ATENCIÓN DE ADULTOS DEL POLICLÍNICO DE IDENTIDAD DE GÉNERO.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº1: CUADRO DE AVANCES Y RETROCESOS DE DOCUMENTOS MINISTERIALES.....	34
TABLA Nº2: SELECCIÓN DE PARTICIPANTES PARA ENTREVISTA	42
TABLA Nº3: ANÁLISIS NORMATIVO DE LEGISLACIÓN GENERAL	45
TABLA Nº4: ANÁLISIS NORMATIVO EN PERSONAS TRANS E INTERSEX.....	48
TABLA Nº5: ANÁLISIS NORMATIVO EN LA SALUD DE PERSONAS TRANS E INTERSEX	49
TABLA Nº6: ANÁLISIS NORMATIVO EN EL SOPORTE DE PROGRAMAS DE IDENTIDAD DE GÉNERO.....	52

INTRODUCCIÓN

El abordaje de las temáticas de salud sexual tiene una larga trayectoria referida, básicamente, a prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y atención en materia de reproducción. Sin embargo, desde el año 1994 los organismos internacionales amplían el ámbito de esta temática incluyendo, además, la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, siendo su objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales (Organización Mundial de la Salud, 2018). En la década del 2000 se incorporan estrategias de concienciación sobre los efectos del estigma, discriminación y la calidad insuficiente en la atención de salud, por lo que ya en el año 2004 es generada la Estrategia de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el 2006 se reconoce la necesidad de definiciones más precisas, relacionadas a la sexualidad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana que no solo permite la reproducción, sino también las identidades, papeles de género, orientaciones, erotismo, placer e intimidad, y está presente a lo largo de toda la vida (ver Anexo N°1) (Organización Mundial de la Salud, 2018). La identidad de género corresponde a la vivencia interna e individual la cual puede o no, corresponder con el sexo asignado al nacer, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (Organización de los Estados Americanos, 2018). Esta puede ser expresada a través de atributos culturales definidos, como también a través de roles¹ asignados a lo femenino y masculino. La identidad sexual, por otro lado, incluye su género percibido como también la orientación y conductas sexuales² de la persona, es el marco de referencia interno que se forma el individuo y le permite generar un concepto de sí mismo (Organización Panamericana de Salud, 2013).

¹ Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y un periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido (Organización Panamericana de Salud, 2013).

² La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros y es diferente de la conducta sexual, porque las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas sexuales (Asociación Americana de Psicología, 2018).

En la misma línea, las personas trans¹ tienen necesidades de salud tanto generales como específicas, como la asistencia para concretar la identidad de género (Organización Panamericana de Salud, 2013); y las personas intersex², por otro lado, podrán o no requerir procedimientos para readecuar su sexo, junto a otras necesidades de salud. Ambas poblaciones, trans e intersex, requieren colaboración del equipo de salud para estas acciones, si así lo desean.

La resolución A/67/L.36 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la cual se encuentra adherido Chile, reconoce que *“la cobertura universal de salud implica que toda persona tiene acceso sin discriminación a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación (...) con especial hincapié en los segmentos pobres, vulnerables y marginados de la población”* (Organización Mundial de la Salud, 2013), siendo esta la guía para la elaboración de prestaciones y servicios de salud en las que se encuentra basado, especialmente, el sector público chileno.

En el campo de las políticas públicas, el tópico de la diversidad sexual en la infancia y adolescencia es reciente y se encuentra en tensión en la agenda pública, por el reconocimiento a la identidad de género y la gestión productiva de la diversidad. A esto se suma que se carece de cifras representativas sobre el fenómeno, afectando la posibilidad de generar políticas públicas de calidad, y las acciones realizadas al respecto han sido promovidas por grupos de interés y organizaciones. Los servicios de salud y recintos educacionales, como base de interacción de este grupo, han debido responder a las necesidades sentidas por su población, sin tener necesariamente las herramientas legales y ministeriales para ello (Gobierno de Chile, 2011),.

Chile tiene acciones de larga data sobre las conductas sexuales de riesgo y su prevención, pero la consideración de identidades sexuales en las prestaciones es un enfoque relativamente nuevo y amparado por organismos internacionales. Estos organismos, como la OMS con su CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y la Asociación Americana

¹ Trans es utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con sexo asignado al nacer (Organización Panamericana de Salud, 2013), y que buscan construir su identidad a través de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos (Organización de los Estados Americanos, 2018).

² Intersex, intersexo o intersexualidad, o en ciertos contextos médicos también se les denomina “trastornos del desarrollo sexual”, son personas con condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico (Organización Panamericana de Salud, 2013).

de Psiquiatría (APA, en sus siglas en inglés) con su Manual de Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), son los que generan lineamientos de forma periódica en relación a patologías y actuar médico y, hasta hace poco, consideraban la identidad de género diversa como un trastorno de salud mental. Esta falta de lineamientos o perspectivas patologizantes ha llevado que los modelos de atención y gestión respondan de forma ambigua e invisibilizada a los requerimientos.

La atención de salud trans en Chile, hasta el año 2017, se realizaba en dos instituciones a nivel de Servicio de Salud, de forma oficial: la Red de Salud Valparaíso-San Antonio con el Hospital Van Buren y el Hospital de las Higueras, en Talcahuano. El Hospital Van Buren fue pionero en cirugía de reasignación con 40 años de historia y, desde el 2015, su Policlínico de Identidad de género presta servicios de ginecología, psicología, cirugía y tratamiento hormonal (“Policlínico Trans - Patricia Casanova,” 2018). El Hospital Las Higueras, por otro lado, adosado al Servicio de Salud de Talcahuano, también hace 3 años, generó protocolos para brindar un enfoque integral con las especialidades de urología, ginecología, salud mental, cirugía plástica y endocrinología (Servicio de salud Talcahuano, 2015). Por último, este mismo camino ha seguido el Complejo Asistencial Hospitalario Sótero del Río (en adelante CAHSR), en su Centro de Diagnóstico Terapéutico de Alta Complejidad (CDT), el Programa de Identidad de Género inaugurado en febrero de 2018, pionero en la Región Metropolitana con un programa de atención en identidad de género integral para todas las edades, al que se le han sumado nuevos programas de manera oficial en la región desde esa fecha. Comprende la atención endocrinológica, quirúrgica, como también la psicológica, por lo que cuenta con un equipo multidisciplinar (médicos endocrinólogos, fonoaudiólogo, ginecólogos, psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales) para su cobertura.

En Chile, la Vía Clínica como documento ministerial tiene un carácter obsoleto frente a los nuevos lineamientos despatologizantes, por lo que el abordaje innovador ha surgido desde iniciativas de la sociedad civil y del desarrollo de estos programas, que aún ha sido reflejado en las políticas públicas. La investigación sobre esta materia es incipiente, no existen fuentes de información estatales ni datos censales sobre la población trans infantojuvenil, como tampoco adulta, que permitan un mayor desarrollo de estudios.

La atención de niños, niñas y juventudes trans es una esfera que ha sido abordada de manera focalizada y con bajo abordaje integral, donde la consideración de los procesos

exclusivamente quirúrgicos y hormonales son exiguos en este grupo etario. El surgimiento de programas, antes mencionados, que atienden la identidad de género con enfoque integral y multidisciplinario son pioneros en nuestro país y, así mismo, tienen una operatividad que es incierta, por lo que se ha considerado la iniciativa del CAHSR como una oportunidad abordar este problema aplicado y de conocimiento entorno a cómo se lleva a cabo un modelo que permite brindar atención integral a una población vulnerable y vulnerada.

Para abordar esta motivación realizará un análisis descriptivo-cualitativo de la atención en identidad de género en el sistema público de salud, con el Programa de identidad de género como unidad de análisis, más el proceso de revisión legal y de literatura para buscar responder a la pregunta de investigación ¿Cómo la atención para la identidad de género infantojuvenil se ha ajustado a los parámetros de los derechos humanos, sexuales y de infancia, y a las necesidades integrales de salud de esta población?.

Se buscará a analizar al sistema en su conjunto como una iniciativa pionera a través de una revisión de literatura, marco legislativos y su implementación para el desarrollo de la atención de salud con el fin de dilucidar la implementación de este tipo de programas, donde se carece de lineamientos ministeriales y existe una alta iniciativa particular de los recintos públicos para responder a estas demandas.

MARCO TEÓRICO

En esta sección abordará el conocimiento teórico mínimo para el entendimiento del problema de investigación, donde se presentará literatura actualizada sobre la identidad de género en infancia y juventud, los antecedentes recolectados para la atención sanitaria y la disconformidad de género como problema de salud pública. Esto permitirá mejor comprensión del fenómeno, el que se abordará en capítulos posteriores, en relación a la cobertura en las demandas de atención de salud y su abordaje.

Identities de género infantojuveniles

Gran parte de la literatura señala que la identidad de género es construida socialmente, pero al mismo tiempo se establece que cada persona viene con cierta predisposición basada en su composición fisiológica al nacer. De manera que la construcción de la identidad de género es un proceso fluido, un continuo más que un sistema binario, que considera la interacción compleja entre los impulsos biológicos y la expectativas sociales internalizadas (Kelso, 2015; Olson-Kennedy et al., 2016b; Vrouenraets, Fredriks, Hannema, Cohen-Kettenis, & de Vries, 2016). Sin embargo, las distinciones dualistas son problemáticas y potencialmente opresivas para el género y la sexualidad, ya que niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) podrían sentir que están en un cuerpo errado (Kelso, 2015) y, el aceptar la idea que la identidad de género no es una decisión, podría promover mayor entendimiento y aceptación a un género fluido (Olson-Kennedy et al., 2016b).

Como fundamento biológico de la identidad de género, existen tres disciplinas que la respaldan: endocrina¹, genética² y neuroanatómica³ (Olson-Kennedy et al., 2016b). También existen investigaciones que se consideran una relación entre el Desorden de Espectro

¹ Estudios que señalan los niveles de andrógeno afectarían durante el periodo pre y postnatal, en mujeres trans habría un incremento en la exposición de andrógeno y en hombres habría una exposición menor a la esperada (Olson-Kennedy et al., 2016b).

² Investigaciones en gemelos monocigóticos muestran una tasa de concordancia del 39,1% de identidades transgéneros versus un 0% en pares de gemelos dicigóticos, lo que significaría que existiría una implicancia genética, aunque se desconocen los genes candidatos a esta contribución (Olson-Kennedy et al., 2016b).

³ Estudios imagenológicos muestran que la estructura cerebral fenotípica de un trans masculino (persona que nace con sexo femenino, pero se identifica como hombre) es una mezcla de rasgos femeninos, masculinos y desfeminizados, y en trans femeninos (persona que nace con sexo masculino, pero se identifica como mujer) hay rasgos femeninos, masculinos y desmasculinizados, lo que sería incongruentes con su sexo natal (Olson-Kennedy et al., 2016b).

Autista (DEA) y la varianza de género, en donde la población holandesa se ha visto que el DEA en niños con disforia, la prevalencia es diez veces más alta que en su población par cisgénero¹ (Olson-Kennedy et al., 2016b).

El término trans es ampliamente utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer (Organización Panamericana de Salud, 2013) y, dentro de este término, existen derivaciones como transgénero² y transexual³, a esto también se suma aquellos que se identifican a sí mismos como "fuera de lo binario" y no se experimentan ni como masculino o femenino (Kelso, 2015).

Por otro lado, la intersexualidad ha sido un criterio médico para describir una morfología sexual ambigua, es decir, genitales externos de difícil reconocimiento para clasificar como macho o hembra, que expertos consideran que entre un 0,05% a un 1,7% nacería como tal (Naciones Unidas. Derechos humanos, 2018). Los acuerdos más recientes de la comunidad médica proponen el uso del término Desórdenes del Desarrollo Sexual (DSD en inglés), para definir las condiciones congénitas en las que el desarrollo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017).

Las personas intersex no se encuentran relacionadas con orientaciones sexuales o identidades disidentes necesariamente, pero debido a que sus cuerpos son percibidos como diferentes, muchos se someten a múltiples violaciones de sus derechos con la intención de que se ajusten a los estereotipos binarios del sexo a través de procedimientos quirúrgicos en su niñez, como tratamientos hormonales en la juventud (Naciones Unidas. Derechos humanos, 2018).

Las visiones críticas a la búsqueda explicativa de la construcción de la identidad de género desde lo biológico, señalan que los estudios, investigaciones y autores desde esta perspectiva abordan a quienes no se adaptan a las normas de inteligibilidad cultural, como el

¹ Cisgénero es cuando la identidad de género de la persona corresponde con el sexo asignado al nacer. El prefijo "cis" es antónimo del prefijo "trans" (Organización de los Estados Americanos, 2018).

² Es un adjetivo para las personas trans que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales con que nacieron (Organización Panamericana de Salud, 2013).

³ Término que describe a las personas que buscan cambiar o han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o secundarios a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugías) para feminizar o masculinizarse (Organización Panamericana de Salud, 2013).

binarismo en lo sexual o de género, por lo que las identidades diversas se manifiestan, desde un lente heteronormativo, como defectos del desarrollo o imposibilidades lógicas al interior de ese campo de estudio (Butler, 2017).

Las identidades de género se mantienen en debate en la actualidad y uno de los tópicos es cómo se aplica en NNA, si es posible revertir o arrepentirse de esta identidad trans. Estudios internacionales muestran que, en la década de los 80, un 2% a un 9% persistía en su identidad de género no conforme e investigaciones más recientes muestran que esa persistencia es de un 12 a un 39% (Olson-Kennedy et al., 2016b). Otros estudios de seguimiento han revelado que la mayoría de los NNA con disforia no serán trans, ya que muchos crecerán y se identificarán como homosexual o bisexual, lo que podría relacionarse a que han crecido en contextos que no han enfatizado el discernimiento de las expresiones de su sexualidad, confundiendo su identidad de género con el emerger de su orientación sexual (Kelso, 2015); y si a esto se le suma el paraguas común de LGBT¹ la distinción se hace imprecisa, porque apunta a lo que no cae en lo establecido socialmente como heterosexual (Galaz, Sepúlveda, Poblete, Troncoso, & Morrison, 2018).

En Estados Unidos y Países Bajos, investigaciones han reportado un incremento de transición² antes de la pubertad, por lo que la edad que pareciera ser crucial en la persistencia de la identidad es entre los 10 y 13 años, ya que existen factores que promueven a persistir o desistir a cambiar, como su ambiente social, las características secundarias en la pubertad y las experiencias de enamorarse o la atracción sexual (Olson-Kennedy et al., 2016b).

En Holanda, la cifras en infancia trans se establecen entre un 2,5% a un 5%, este dato se obtuvo en encuestas donde los padres contestaron afirmativamente a la pregunta “¿Su hijo se comporta como el otro sexo?” y entre un 1,4% a 2% respondió que su hijo se identificaba positivamente con el otro sexo. En Estados Unidos, los padres respondieron positivamente a la pregunta sobre si sus hijos “desean ser del sexo opuesto” entre el 1,3 y el 5% y entre un 0,9% a un 12,9% a “comportarse igual que el sexo opuesto” (Olson-Kennedy et al., 2016b). En la población joven, en Holanda respondieron afirmativamente entre el 1,1 al 3,1% a la

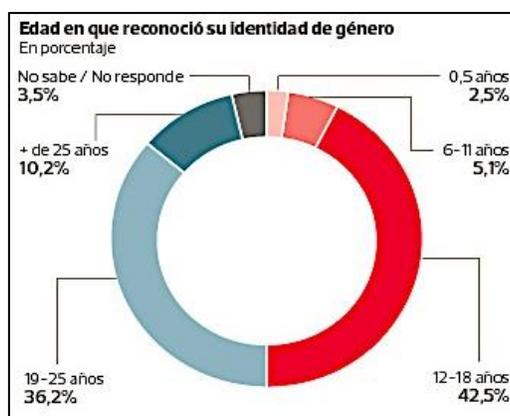
¹ Personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans, LGTB por sus siglas en inglés (Organización Mundial de la Salud, 2013).

² Proceso en que se busca modificar la apariencia física de una persona para estar en consonancia con su identidad de género (Organización Panamericana de Salud, 2013).

pregunta “*comportarse como el otro sexo*” y entre un 0,2% a 0,4% a “*identificarse con otro sexo*” (Olson-Kennedy et al., 2016b) y en Estados Unidos entre el 1,3% y 3,2% (Wilson & Kastanis, 2015).

Estudios sobre la población trans desde organismos estatales en Chile no se han realizado, han sido organizaciones no gubernamentales las que han levantado información relacionada. La Encuesta T, primera encuesta para personas trans y género no conforme, se encuestaron 315 personas desde los 14 años, donde se les consultó respecto a la edad en que no se sentían conforme con su género impuesto al nacer (ver Imagen N°1), donde sobre el 50% se muestra de acuerdo con que la infancia y adolescencia es el primer momento de reconocimiento de su identidad (OTD Chile, 2017).

Imagen N°1: Edad en que reconoció su identidad de género, Encuesta T.



FUENTE: Encuesta T, Organización Trans Diversidades (La Tercera, 2018d).

Existen variadas encuestas con gran muestra poblacional que incluyen características de salud, como: la Encuesta Longitudinal de la Primera infancia (ELPI) 2012, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, Encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes 2018, la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA) 2012, y la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2013. Algunos de estos instrumentos consultan sobre sexualidad, pero en relación a prevención de conductas sexuales de riesgo; ninguno consulta por temáticas trans y las preguntas están clasificadas desde el sexo hombre o mujer y no desde el género autopercebido (INJUV, 2015; Ministerio de Desarrollo Social, 2012, 2018a, Ministerio de Salud, 2017b, 2017a, 2018; Ministerio de Salud, Organización

Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013; Programa de Naciones Unidas, 2018).

En Chile y en el mundo no hay consenso sobre cifras, especialmente porque las investigaciones efectuadas presentan desafíos metodológicos, desde sesgos de reclutamiento y reporte, hasta la dificultad en la medición dada la fluidez y naturaleza no binaria del género (Olson-Kennedy et al., 2016b; OTD Chile, 2017). La mayoría de los datos que se tienen de los NNA con disconformidad de género son de Europa, Estados Unidos y Canadá, pero ninguna de estas son investigaciones a largo plazo (Olson-Kennedy et al., 2016b).

Atención sanitaria en identidades trans en NNA

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) en su versión 2017 establece que un 20,7% de personas viven en situación de pobreza multidimensional, lo que incluye su Atención en salud y Adscripción al Sistema de Salud, donde un 4% y 5,4% de los hogares, respectivamente, es carente (Observatorio Social, 2017). Según los tramos de Calificación Socioeconómica, el porcentaje de NNA adscritos a Fonasa disminuye a medida que la calificación aumenta (Ministerio de Desarrollo Social, 2018b), por lo que los NNA con mayor pobreza están sobrerrepresentados en el Sistema Público de Salud (ver Imagen N°2).

Imagen N°2: Personas presentes en el Registro Social de Hogares adscritas a Fonasa o Isapre según tramo de Calificación Socioeconómica (CSE).

Tramo de Calificación Socioeconómica (CSE)		Porcentaje de niños, niñas y adolescentes adscritos a Fonasa	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes adscritos a Isapre
INGRESOS ↓ \$ \$\$\$	Tramo 0% - 40%	92,8%	1,4%
	Tramo 41% - 50%	84,2%	11,1%
	Tramo 51% - 60%	89,5%	5,1%
	Tramo 61% - 70%	83,8%	9,6%
	Tramo 71% - 80%	77,4%	14,4%
	Tramo 81% - 90%	35,7%	58,9%
	Tramo 91% - 100%	30,1%	62,6%
	Total	86,0%	8,2%

FUENTE: Ministerio de Desarrollo Social (Ministerio de Desarrollo Social, 2018b)

Un niño adscrito al sistema de atención público, antes de cumplir los cinco años, recibirá atención de salud en al menos dieciocho ocasiones, sin siquiera enfermarse gracias al Programa Chile Crece Contigo (Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2014). Este Programa es un sistema de protección integral que acompaña al infante en su proceso de crecimiento a través de la supervisión de salud, antes conocido como Control Sano, con el fin de acompañar desde la promoción y enfoque de riesgo para el logro del máximo potencial hasta los 9 años (Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2014).

La supervisión de salud infantil es significativa en los primeros años de desarrollo, pues sienta las bases del correcto crecimiento y desarrollo en un niño o niña y, si bien este Sistema Integral propende a igualar las oportunidades de desarrollo, su concepto de inclusividad no considera la diversidad de género en sus lineamientos ni las anamnesis solicitadas durante la evaluaciones del profesional de salud. Por ejemplo, a los tres años de edad a todo niño/niña se le realiza un Test de desarrollo psicomotor (TEPSI) que, en su subtest de evaluación del lenguaje, se le pide al infante que indique “*si es niño o niña*” y se otorga puntaje en caso de ser “*correcto*”, es decir, si se refiere a sí mismo como niño o niña acorde a su sexo asignado al nacer (Haeussler & Marchant, 1999; Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2014).

En términos históricos, desde hace cinco décadas existe literatura que supone que el núcleo de la identidad de género se comienza a conformar a los 18 meses de edad, es decir, refiriéndose con este núcleo al desarrollo infantil del más primitivo sentimiento de pertenecer a un sexo y no al otro (Muñoz, 2008), el que se puede expresar en sus elecciones de lo que se considera de cierto género como, por ejemplo, la ropa. Freud habla que la masculinidad y feminidad se representan cerca de los dos años, y hacia los cuatro años se logra la permanencia de género, por lo que difícilmente después de ello se confundirá sobre si es niño o niña (Money, 1973). Últimas investigaciones corroboran que la disconformidad con su cuerpo comienza a temprana edad, de cinco años o menos (Field & Mattson, 2016).

Si bien se desconoce el impacto que podría transitar a corta edad, en relación a la salud y el funcionamiento social (Olson-Kennedy et al., 2016a), niños y niñas podrían recurrir a centros de atención de salud para sus controles habituales en el sistema público, y si los profesionales de atención primaria estuvieran capacitados en estos conceptos permitiría identificar esta temática desde mucho antes y brindarles la atención integral, como derivarlos a servicios especializados.

En el caso de los adolescentes trans, recurren a un profesional médico para disminuir su disforia de género¹ y también para desarrollar las características físicas consistentes al género que se identifican. Estas necesidades involucran asistencia para concretar su identidad, incluyendo intervenciones para feminizar o masculinizar el cuerpo (Organización Panamericana de Salud, 2013).

La Sociedad de Endocrinología recomienda a personas trans que deseen transitar que, primero, se realice un bloqueo de la pubertad, el que consiste en que en el adolescente (en el grado de Tanner² de estadio II-III) se suprime el desarrollo de características sexuales secundarias (como crecimiento de los pechos o cambio de voz) a través de medicamentos (hormonas GnRH agonistas). Este bloqueo provee tiempo para tomar la decisión de afirmación de esta identidad (por medio de hormonas y/o cirugías) para facilitar el paso al nuevo género y, a la edad de 16 años, se puede inducir hormonalmente rasgos femeninos o masculinos para la inducción de rasgos según el género autopercebido (Olson-Kennedy et al., 2016b). Estas acciones podrían beneficiar la salud mental, calidad de vida y tener una apariencia física que permite vivir discretamente en el papel de género afirmado (Olson-Kennedy et al., 2016b; Vrouenraets et al., 2016).

En Holanda, único país con estudios de cohorte, la supresión de la pubertad es parte del protocolo que se aplica en clínicas de género en adolescentes de 12 años que se encuentran en estados temprano de la pubertad y aún persiste su disforia, aunque en algunos casos es aceptable comenzar antes, si la pubertad ya ha comenzado (Vrouenraets et al., 2016). Este procedimiento está sujeto a debate, porque hay pocas investigaciones a largo plazo sobre las posibles consecuencias, como disminución de la densidad ósea y función cerebral, y también cómo puede fluctuar la identidad de género durante la adolescencia por la dificultad en la toma de decisiones en esta etapa (Vrouenraets, Fredriks, Hannema, Cohen-Kettenis, & de Vries, 2015). Sin embargo, otros estudios argumentan que muchos adolescentes piensan que ser feliz es más importante que las consecuencias a largo plazo (Vrouenraets et al., 2016). La literatura recomienda que se investigue a fondo la relación de la supresión de pubertad, la calidad de vida y disminución de los problemas de salud mental, como también aquellos que no lo utilizan y los que deciden discontinuarlo (Olson-Kennedy et al., 2016b).

¹ La disforia de género es una condición en que los individuos experimentan distrés, debido que su identidad de género (la experiencia psicológica de uno mismo como hombre, mujer u otro) es incongruente con su género asignado al nacer (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

² Los estadios de Tanner es la caracterización del desarrollo de los cambios puberales (desarrollo de mamas, pene y testículos) (Sepúlveda & Mericq, 2011).

Para afirmar el género muchos optan por someterse a intervenciones quirúrgicas al llegar a la mayoría de edad, en el caso de un trans masculino podrían buscarse realizarse una histerectomía¹ u ooforectomía², y la razón estudiada es sentirse menos femenino y más satisfecho con su cuerpo. Estudios mostraron que tras la intervención, la disforia disminuye significativamente, como también aumenta la satisfacción corporal y el bienestar subjetivo (Olson-Kennedy et al., 2016b). No obstante, existen otros casos en que personas trans se someten a cirugías, como lo fue el caso de Holanda hasta el año 2014, en donde era requerido como requisito para transitar que se sometieran a esterilización antes de poder cambiar su género en su certificado de nacimiento y otros documentos oficiales (Vrouenraets et al., 2016)

El acceso en la atención de salud se ha documentado en otros países como inequitativo en este grupo, en Inglaterra los niños y niñas trans presentan más probabilidad de acudir a unidades de emergencia por asuntos de salud, que la población general. Solo la mitad de la comunidad refirieron sentirse seguro y apoyado en el sistema, en lo que se relaciona a su identidad sexual o de género y, dentro de las barreras de acceso en los jóvenes, incluyen la presunción de heterosexualidad y actitudes juzgadoras por el personal de salud; por lo que la mayoría acuden a amigos e internet para recibir consejo (O'Neill & Wakefield, 2017).

Este mismo estudio muestra que en la atención es importante entender cómo se desarrolla la identidad, como también saber diferenciar esta de la conducta sexual, ya que muchos adolescentes LGTB no “han salido”³ con sus propios médicos, aunque sí se mostraron favorables a discutirlo con ellos. El uso inclusivo del lenguaje, interacciones simples y efectivas, no realizar suposiciones y escuchar al hablar, reduciría la estigmatización y la discriminación percibida durante la atención (O'Neill & Wakefield, 2017).

Disconformidad de género como problema de salud pública

Uno de los conceptos de salud pública establece que los esfuerzos del Estado buscan prevenir enfermedades y fomentar la salud mediante esfuerzos comunitarios y de estructura social, con el fin de que los individuos alcancen sus potencialidades; como también implica que es el sistema el que debe ser capaz de garantizar la salud de la población con equidad

¹ Histerectomía es la cirugía que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.

² Ooforectomía es la cirugía que implica la extracción de uno o ambos ovarios.

³ “Han salido” hace alusión a la frase “salir del closet”, término ocupado para dar a conocer la condición sexual con la que se identifica; en este caso la identidad de género.

(Sarmiento, 2013); en consideración a estas concepciones, la disconformidad de género representa un desafío para el Estado. La salud en la identidad de género se aleja de la perspectiva médica de 'curar la enfermedad', por lo que el acompañamiento por el equipo médico en la reafirmación, la reasignación y otras acciones atingente a su diversidad sexual, buscan el bienestar de quienes se identifican como trans.

Considerar la necesidad de acompañamiento como problema de salud pública, se reafirma en que los adolescentes LGTB son más propensos a conductas de riesgo que sus pares, como el uso de drogas y alcohol (Olson-Kennedy et al., 2016b), aunque hay estudios que correlacionan el mayor consumo en aquellos adolescentes que van a escuelas que no los han integrado (O'Neill & Wakefield, 2017). Se han asociado a padecer problemas emocionales (Olson-Kennedy et al., 2016b); un incremento en la prevalencia de desórdenes alimenticios, como el ayuno, uso de pastillas de dieta, laxantes, atracones o purga, siendo los jóvenes trans cuatro veces más propensos a tener estos desórdenes que los cisgéneros (O'Neill & Wakefield, 2017).

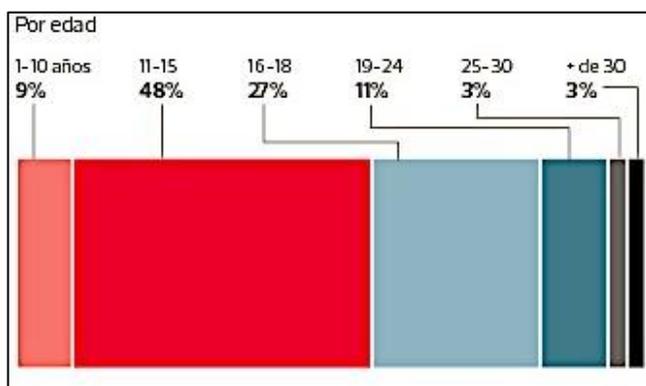
Esta población tiene una alta incidencia de problemas de salud mental en comparación a personas cisgénero y heterosexuales (O'Neill & Wakefield, 2017; Olson-Kennedy et al., 2016b). Síntomas consistentes con depresión y ansiedad se relacionan con el 35% de los adolescentes LGTB que han recibido bullying por su condición, la mitad de ellos se autolesionan, tres cuartos han pensado en suicidio, y un cuarto lo han intentado (O'Neill & Wakefield, 2017). En Vancouver, un 35% de trastorno de ánimo, un 25% de trastorno de ansiedad, un 12% de intento suicida y 12% de hospitalizaciones psiquiátricas (Olson-Kennedy et al., 2016b). En Holanda, se mostró que el 21% presentaba trastornos de ansiedad, 12,4% trastornos de ánimo y un 11,4% trastornos disruptivos; en Boston se recabó una prevalencia de depresión en un 58,1% y ansiedad en 16,3% de los casos (Olson-Kennedy et al., 2016b).

Frente a los problemas de salud, el suicidio parece ser un tema al que esta población se encuentra sensible. Un estudio muestra que los jóvenes Queer¹ son dos a tres veces más propensos a intentos suicidas (Mullaney, 2016); en Los Ángeles, un 51% pensó en el suicidio y un 30% lo había intentado al menos una vez (Olson-Kennedy et al., 2016b).

¹ El término Queer es considerado para las personas que sientan que su identidad sexual o de género está fuera de la normal social, que trasciende lo binario de hombre o mujer. También es ocupado acompañando la identidad. (Organización de los Estados Americanos, 2018).

En Chile las cifras no son lejanas, el 84% de las personas trans antes de los 18 años de edad ha realizado al menos un intento de quitarse la vida (ver Imagen N°3). Este problema se vuelve aún más relevante, cuando refieren que sólo un 11,7% recibieron algún tipo de ayuda médica entre los 12 y 18 años (OTD Chile, 2017).

Imagen N°3: Intentos de suicidio, Encuesta T.



FUENTE: Encuesta T, Organización Trans Diversidades (La Tercera, 2018d)

La baja recepción de ayuda de profesionales de salud podría considerarse porque los adolescentes suelen pedir ayuda solo frente crisis y que, normalmente, no la solicitan con anticipación para no ser juzgados de que “buscan llamar la atención”, como tampoco desean mencionar su identidad en la atención (O’Neill & Wakefield, 2017). También porque, socialmente, el suicidio suele ser visto como un evento excepcional y no como un opción de la vida cotidiana, que se enmarca en experiencias de agonía y un mecanismo de lidiar con un mundo inseguro (Mullaney, 2016).

Todo esto implica que tienen otras necesidades y es importante que sean apoyados biopsicosocialmente por un equipo multidisciplinario, como también es necesario que sus padres o cuidadores reciban atención para disminuir todos los riesgos antes descritos (Field & Mattson, 2016). Se ha visto un impacto positivo en prevenir riesgos cuando estos son considerados en la intervenciones (Tomicic et al., 2016) y también es necesario que se considere en su atención la victimización que sufren por abuso, discriminación y persecución (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017), lo que es coherente cuando se analiza desde un modelo de estrés de minorías (Tomicic et al., 2016).

El hecho de someterse a estresores comunes, como presiones académicas o sociales, en los adolescentes LGTBI podría influir que se auto inflijan lesiones, además aquellos con una postura abierta sobre su sexualidad e identidad de género pueden, ser más susceptibles a ser violados, atacados físicamente y amenazados (O'Neill & Wakefield, 2017).

Los adolescentes LGTB también se exponen a otras problemáticas sociales, como verse obligados a abandonar su hogar. Estudios sitúan que entre un 19% a un 25% de los adolescentes sin hogar son LGTB, lo que implicaría una sobrerrepresentación de este grupo en esta condición (O'Neill & Wakefield, 2017; Wilson & Kastanis, 2015). En el 2015, un estudio en la ciudad de Los Ángeles (EEUU), se estimó que el 19,1% de los adolescentes entre 12 y 21 años en casas de acogida se identificaban LGTBQ (Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales y Queer) y un 5,6% se identificaría como transexual (Wilson & Kastanis, 2015); a esto se suma que un estudio declara que el 56% de los adolescentes LGTB que se encuentran en las calles, se sienten más seguro ahí que en hogares de acogida y que muchos de ellos le es más difícil tener un hogar permanente, debido a estresores relacionados a su identidad (Wilson & Kastanis, 2015).

El poco entendimiento de la identidad de género y orientación sexual, como también la invisibilización o negación de la sexualidad en menores de edad, promueve que los adolescentes trans sufran aislamiento extremo, discriminación y victimización (Mullaney, 2016; O'Neill & Wakefield, 2017; Tomicic et al., 2016) convirtiendo su salud mental una problemática relevante de abordar desde el Estado.

ANTECEDENTES NORMATIVOS

En Chile, similar a otros países, la comunidad LGTB enfrenta desigualdades en el acceso y la experiencia de atención en salud. Esto debido a que muchos profesionales de la salud consideran que la orientación sexual no es relevante en la atención, ni han recibido entrenamiento en las necesidades en salud de estos pacientes; también aún existe persistencia de los profesionales sobre que la homosexualidad puede curarse (O'Neill & Wakefield, 2017), promovido anteriormente por diagnósticos en salud para esta identidad en clasificaciones y manuales internacionales.

La CIE¹-10 fue la clasificación vigente entre 1990 hasta junio de 2018 y, en su capítulo IV, dedicado a los trastornos mentales y de comportamiento, se establecen los diagnósticos en relación a personas trans: F64 Trastorno de la identidad de género, F64.0 Transexualidad, F64.1 Travestismo, F64.2 Trastorno de identidad de género de la infancia, F64.8 Otros trastornos de la identidad de género específicos, F64.9 Trastornos de identidad de género, sin especificar; F65.1 Fetichismo travestista; F66.0 Trastorno de maduración sexual, F66.1 Orientación sexual ego-distónica; y F66.2 Trastorno relacional sexual (“CIE 10,” 2018). Es por esto que organizaciones internacionales, como GATE (Global Action for Trans Equality), han criticado que estos diagnósticos promueven la patologización de las personas trans² (Global Action for Trans Equality, 2011). En el CIE-11, la nueva edición, esta solicitud fue considerada, por lo que se trasladó la incongruencia de género desde los trastornos mentales a las afecciones de salud mental, con la intención de reflejar la necesidad de atención sanitaria que requiere este grupo en el área (“CIE-11,” 2018).

Por otro lado, el Manual de Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) es editado periódicamente por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA en sus siglas en inglés), ofrece un criterio estandarizado para los desórdenes mentales. Actualmente, se encuentra vigente la quinta versión, desde el 2013, que clasifica a las personas transgénero

¹ La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), producida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y ratificada por la Asamblea Internacional de Salud, es un documento que incluye todos los trastornos, enfermedades, lesiones y otras situaciones de índole sanitaria. Esta clasificación diagnóstica brindada por el CIE, en muchos países, es implementada como condición para acceder a la atención de salud (Global Action for Trans Equality, 2011).

² En el caso del reconocimiento legal de la identidad de género, se debe ser *diagnosticado* como trans para acceder al derecho a la identidad, pero se afirma que esta condición tiene escasa relevancia clínica, refleja prejuicios, refuerza estereotipos de género, y regula de forma excluyente el acceso a la atención de salud, lo que permite que se siga abusando de los derechos humanos con tratamientos como “terapias de reparación” (Global Action for Trans Equality, 2011).

como *“individuos que persistentemente se identifican con un género diferente al natal”* y a los transexuales como *“aquellos que se han sometido a la transición social a un género distinto al que se le asignó al nacer”* (Lampert Grassi, 2017).

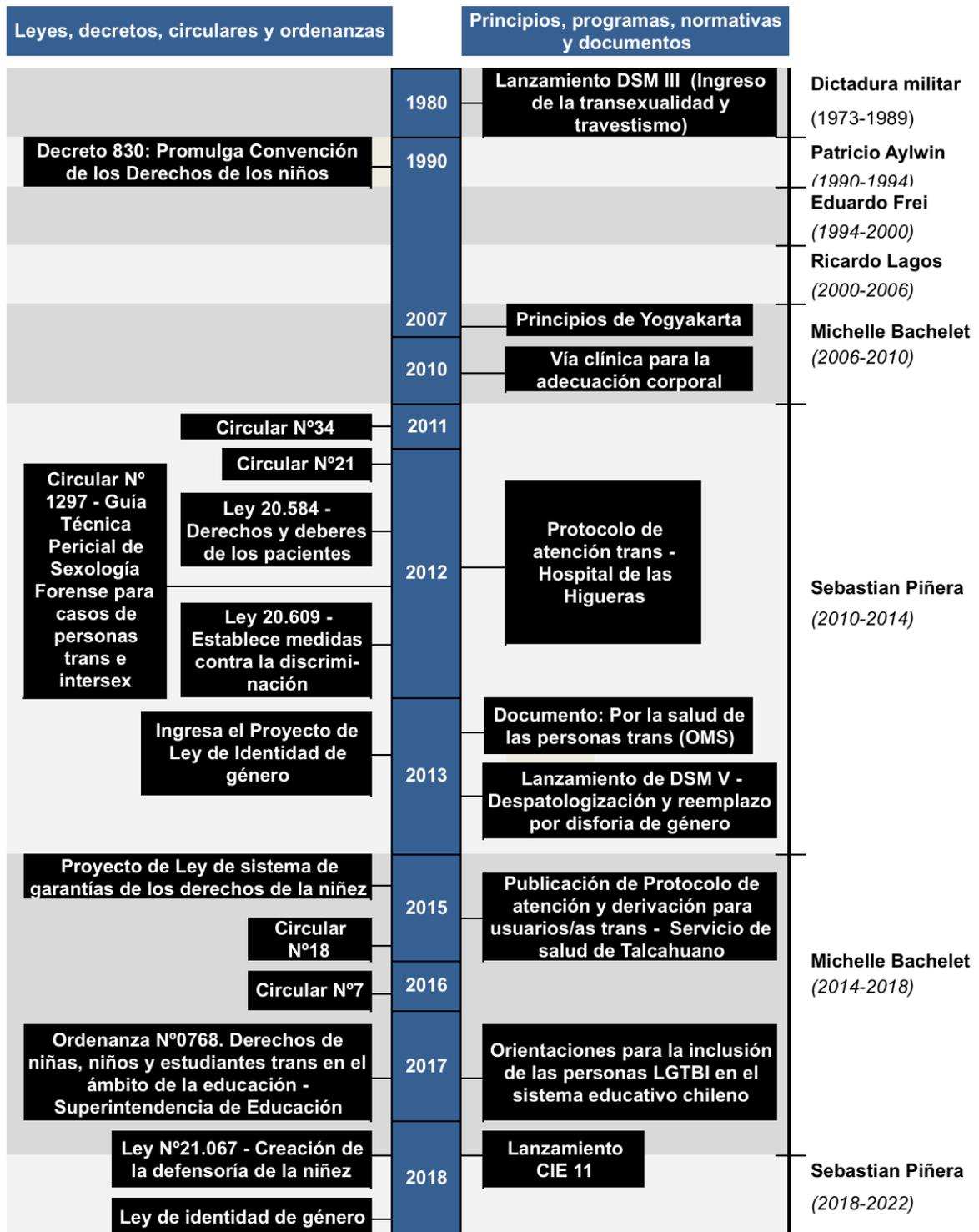
En su versión anterior, DSM-IV definió el trastorno de la identidad de género como *“enfermedad mental con un patrón comportamental de significación clínica, que se caracteriza por la persistencia de la inadecuación en su rol de sexo que provoca malestar significativo o deterioro social, laboral y otras áreas, sin coexistir con una enfermedad intersexual”*. Sin embargo, en su última edición gracias a la movilización de asociaciones trans, se sustituyó por *“Disforia de género”* (302.6 Disforia de género en niños y 302.85 Disforia de género en adolescentes y adultos) que considera como *“malestar que acompaña la incongruencia entre el género experimentado y el género asignado, pero considerando que no todos los individuos llegan a experimentar este distrés y aquellos que los experimentan se relaciona a la imposibilidad de acceder a la transición, quirúrgica u hormonal”* (Lampert Grassi, 2017).

Estos nuevos enfoques, menos patologizantes, generan la oportunidad de discutir los lineamientos que debe seguir el Estado frente a las personas trans y la calidad de apoyo que es necesario brindarles desde la promoción de salud y prevención de riesgos. No obstante, es necesario un abordaje positivista, y no simplista despatologizador, pues se requiere de un sistema que los contenga en su integralidad y vulnerabilidad, para el alcance de sus potencialidades.

Marco legal chileno para la atención de salud en la identidad de género

Para poder comprender la implementación de un modelo de atención en salud para niños, niñas y adolescentes trans, se considerarán tres leyes promulgadas: la ley N°20.584 conocida como Ley de derechos y deberes de los pacientes, la Ley N° 20.609 conocida como Ley Zamudio, el punto más alto desde el retorno a la democracia para la no discriminación sexual (Galaz et al., 2018); y la nueva Ley N°21.067, consideradas en la Imagen N°4.

Imagen N°4: Línea de tiempo de documentos pertinentes a las garantías legales y administrativas en salud (1980-2018).



FUENTE: *Elaboración propia*

La Ley N°20.584 regula las acciones vinculadas a la atención de salud pública y privada en los usuarios (sin explicitar diferencias entre adultos y niños), conocida como *Ley de los derechos y deberes de los pacientes*, la cual explicita y asegura que toda persona tiene derecho a que le ejecuten acciones de promoción, protección y recuperación de sus salud, sin discriminación, con un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Este aseguramiento requiere, para los NNA, de que se precise en futuras normativas, pues la patologización de ser trans podría generar acciones para “la recuperación de la salud” en contra del derecho a un “trato digno y respetuoso”. Por otra parte, en los deberes establece que el usuario se adaptará a la modalidad de atención de la institución de salud, lo que actualmente se traduce en que muchos NNA no reciban atención, porque no tienen acceso a esta modalidad y también con ello se plantea la necesidad de explicitar cuál es la modalidad de atención, conformación de equipos y prestaciones, que debe existir para atender esta necesidad en salud (Congreso Nacional de Chile, 2012). Ser etiquetado como portador de un problema mental conlleva un estigma permanente en la vida, cuya existencia misma se considera como una expresión de psicopatología (Organización Panamericana de Salud, 2013).

La segunda ley es la N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación, también conocida como *Ley Zamudio*, la que exige que sin distinción se deben respetar los derechos fundamentales, independiente de su sexo, orientación sexual, identidad de género y edad, entre otras situaciones; y podrán interponer acción de ser transgredida su dignidad de alguna forma por las razones antes descritas (Ministerio secretaría general de Gobierno, 2012). Esta ley genera la movilización de acciones para que respete la atención de forma digna de los NNA, reforzando la ley antes descrita.

En la nueva Ley N°21.067, que crea la defensoría de los derechos de la niñez, con vigencia desde junio de 2018. Esta defensoría tendrá por objetivo difundir, promocionar y proteger los derechos de los niños y niñas, de acuerdo con la constitución y la convención de los derechos de la infancia, y otros tratados internacionales rectificadas; por lo que se puede deducir que podría establecer un precedente en la atención de salud. En ella se establece la atención expedita y oportuna, intermediar para facilitar en cuestiones jurídicas, denunciar vulneraciones y velar por la formulación de políticas públicas nacionales. En general, velar por el interés superior, su derecho a ser oído, la igualdad y no discriminación arbitraria, lo que colaboraría a las leyes anteriores a justificar que realmente se realicen acciones propositivas entorno a la diversidad en la niñez (Congreso Nacional de Chile, 2018).

Por último, existen un de ley que permitiría brindar nuevos horizontes en relación al marco normativo en que se podrían realizar estos nuevos modelos de atención: la Ley de sistema de garantías de los derechos de la niñez, una ley marco ingresada en 2015 que busca dar cumplimiento a la Convención de Derechos del Niño en nuestro país y, de aprobarse, establecerá la base para generar un sistema de protección integral de NNA (Truffello, 2017).

Ley de Identidad de género y agenda pública

La ley fue enviada como proyecto durante el gobierno de la Presidenta Bachelet y se basa en considerar la identidad como una vivencia interna e individual, que debe ser reconocerse sin autorización de terceros, que no es un trastorno de salud, y que es un derecho que merece un trato digno y a no ser discriminados (“Proyecto de ley de Identidad de Género,” 2018).

Esta ley fue aprobada en septiembre de 2018, tras cinco años de discusión intermitente. Pese a que no incluyó a toda la infancia, su hito de importancia fue considerar a los adolescentes mayores de 14 años. Ella permitirá acceder a la rectificación de la partida de nacimiento, tanto en su nombre como en su sexo, cuando dicha partida no se corresponda con su identidad. A esto se suma el reconocimiento de principios de no patologización, la no discriminación arbitraria, confidencialidad en procedimientos, dignidad en el trato, interés superior del niño y la autonomía progresiva, reafirmando las leyes antes descritas. Para los adolescentes esta rectificación deberá ser solicitada por sus representantes legales o alguno de ellos, a elección del afectado (“Identidad de género: adultos y adolescentes entre 14 y 18 años podrán optar al cambio de sexo registral,” 2018). Sin embargo, la promulgación de esta ley no garantizará un cambio social, pero preparará el terreno para cambios más profundos, necesarios para que se considere la identidad de género sentida.

Los derechos trans se han visibilizado en el último tiempo, especialmente por la promulgación de la Ley, la que ha generado repercusiones en la arena política, perpetuando la ausencia de concordancia sobre su aprobación

La visibilización también ha sido desde el cuerpo médico, plantean la necesidad de incorporar prestaciones en su atención y las garantías en su acceso. El problema de salud pública, subrepresentado en las estadísticas nacionales por la carencia de antecedentes, invoca a generar acciones que colaboren a prevenir problemas de salud mental y los

cambios que requieren para lograr vivir su identidad, lo que requiere un enfoque interdisciplinario e integral, como también la generación de nuevos estudios para progresar en esta área (La Tercera, 2018a, 2018c; Mendoza & Martínez, 2018). Es, quizás, por ello que el único Programa que otorga este tipo de atención en la Región Metropolitana genera grandes expectativas, en que sea el comienzo de atender las necesidades de esta población¹.

También ha existido en el último tiempo una visibilización de la discusión entorno a derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, educación no sexista y el feminismo en sí². Este levantamiento en torno a derechos, libertades y el cuestionamiento del género normativo, con sus expresiones y roles, parece responder a la carencia de políticas públicas que brinden un enfoque de género y la necesidad de cuestionarse las hegemonías entorno a lo heteronormativo, el machismo, entre otros.

Kraft y Furlong (2004) consideran que una política pública refleja los valores de la sociedad, pero también sus conflictos entre los valores que reciben mayor prioridad en una determinada decisión (Olavarria, 2007). Esto podría reflejarse en los cursos de acción, o inacción, que ha tomado el Ministerio de Salud y su Estrategia Nacional de Salud en la que no se considera el derecho a la identidad de género dentro de sus ejes. En la Política de Infancia y Adolescencia 2015-2025, la que tiene por objetivo promover un sistema integral que brinde derechos a la niñez, se hace alusión al enfoque de derecho y se establece que es primordial que exista coordinación de los organismos del Estado para avanzar en él, para erradicar toda forma de discriminación y promover la inclusión, considerando el artículo 8 de la Convención de los derechos del niño que establece la preservación de la identidad. Sin embargo, esta no establece lineamientos concretos de cómo se llevarán a cabo y, se habla indistintamente de identidad de género e identidad sexual, estableciendo un lenguaje ambiguo desde el mismo Estado (Consejo nacional de la infancia, 2015; Consejo Nacional de la Infancia, 2015). Tampoco se establece un programa de salud mental ni otro, como

¹ Para este programa, se realizaron varias notas de prensa en su inauguración, para más información (Agencia Presentes, 2018; BasePública, 2018; Biobio Chile, 2018; Diario y Radio U Chile, 2018; El Dínamo, 2018; El Siglo, 2018; Epicentro Chile, 2018; Heusser, 2018; La Hora, 2018; La Tercera, 2018b; Oasis FM, 2018; Organizando Trans Diversidades, 2018; OTD Chile, 2018; Publimetro, 2018; Puente Alto al Día, 2018; Radio Zero, 2018; Soy Pensante, 2018).

² Existe cobertura mediática amplia entorno a las manifestaciones en esta materia, para más información (“Aborto libre, maternidad sin causales,” 2018; “Aborto libre: en qué consiste el nuevo proyecto en Chile,” 2018; “Estudiantes realizaron masiva marcha feminista en Santiago,” 2018; “Masiva marcha feminista exige en Chile educación no sexista,” 2018; “Movimiento feminista sigue rugiendo: logra nueva marcha masiva por la Alameda,” 2018; “Multitudinaria marcha feminista se tomó Plaza Italia,” 2018; “Nueva jornada de marchas feministas en el país,” 2018).

tampoco se encuentra disponible para el Registro Estadístico Mensual (REM) (Secretaría de Salud Pública, 2016).

Por último, la Guía Práctica de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes genera lineamientos generales para intervenir en los adolescentes LGTB, también establece un glosario que permite observar un abanico más detallado de las diversas partes que constituyen la sexualidad, aunque desde la categorización de los mismos. En esta misma, los adolescentes intersex solo son nombrados como quienes presentan inconsistencias entre los genitales en diferentes medidas, lo que deja mucho también a criterio del profesional (Ministerio de Salud, 2016c; Secretaría de Salud Pública, 2016).

Compromiso con tratados internacionales sobre identidad de género

Si bien, a través de las leyes, se busca frenar la discriminación y proteger los derechos, Chile ha asumido en concordancia internacional el compromiso con diversas convenciones. Una de ellas es la Convención sobre los Derechos del Niño y su ratificación en 1990 con el Decreto 830, donde se expresa que las personas menores de 18 años necesitan una atención y protección especial. En este tratado, el país se adhiere a consolidar en las legislaturas nacionales los cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño y niña, su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten (“UNICEF – Chile » Convención sobre los derechos del niño,” 2018). Estos principios llevados a la práctica de la atención, permitiría que todo NNA trans tenga acceso a la salud, independiente de su identidad, que se realicen acciones en salud para protegerlos como prevenir riesgo suicida, promover su salud mental y el desarrollo saludable, como también potenciar que sean agentes activos y considerados en la toma de decisiones de su salud.

También se comprometió con los Principios de Yogyakarta, en los que se explicitan los derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, con la ONU en 2009 (“Principios de Yogyakarta (2007) - Iguales,” 2018). Estos brindan orientaciones de la protección efectiva de los derechos y representa la consolidación de la necesidad de generar un documento especializado en esta población (ONU, 2007). Sin embargo, este compromiso no fue ratificado con la promulgación de una ley.

Las leyes y ratificaciones a derechos brindan el marco en que las resoluciones en salud se han basado para movilizarse en relación a la atención de personas trans e intersexuales. Estos obligan al respeto y la garantía de estos derechos contenidos en los mismos; asimismo, la Constitución Política de la República, en su artículo primero, señala el derecho a la igualdad en dignidad y derechos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017). Son consecuencia de movimientos políticos y agenda pública, la implementación de políticas públicas ha seguido la tendencia de forma lenta y superficial, y se encuentra en sus primeras etapas de desarrollo.

Garantías administrativas y marcos normativos en salud para la atención de personas trans

Chile, coincidente con el compromiso con los Principios de Yogyakarta, comienza a generar documentación para la atención de salud en personas trans. En 2010, se emite la “Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género”, la cual inspira a las Circulares N°34¹ (2011) y N°21² (2012), la Circular N°1297³ para personas disconformes con su género, y las Circulares N°18⁴ (2015) y la N°7¹ (2016) entorno

¹ Circular que *instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial*, donde se define el concepto de transexualidad y el de trastorno de la identidad sexual. En ella se solicita que se use el nombre social durante el trato y la atención; pero en los registros de ficha clínica, como en exámenes, procedimientos, recetas y brazaletes, deben ser usados en primer lugar el nombre legal y en segundo lugar el nombre social. En la atención cerrada, exige que se hospitalice a la persona trans según el aspecto externo y de la disponibilidad del establecimiento, aunque no especifica el aspecto en transformaciones parciales; explicita que se puede entregar información del estado a personas cercanas no familiares (Ministerio de Salud, 2011).

² Reitera la instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial. Nuevamente entrega definiciones en la transexualidad, incluyendo esta vez a los travestis, junto a los transgénero y transexuales como parte de lo que incluye ser una persona trans; y también brinda información sobre personas intersex. En términos directivos, entrega lineamientos de la consideración de antecedentes en la historia clínica y lograr las coordinaciones necesarias para facilitar la atención, según cada personal y red asistencial (Ministerio de Salud, 2012).

³ Circular del Ministerio de Justicia en que se instruye el cumplimiento de Guía Técnica Pericial de sexología forense para casos de personas trans e intersex para todos los servicios médicos legales del país. Esta establece un protocolo para las pericias sexológicas, como garantía constitucional, haciendo referencia al objetivo de resguardar la integridad física y psíquica de la persona que se someten al proceso voluntario de rectificar la partida de nacimiento en el registro civil, ya sea tanto al nombre, sexo o ambos; y tiene por objeto informar si la apariencia corporal es de aspecto masculino o femenino, a través de la evaluación de caracteres sexuales primarios y secundarios, sin ser un procedimiento invasivo. En este proceso también establece el uso de nombre social, anamnesis para reconocer el género, inspección de la apariencia general y evaluación de antecedentes médicos, como cirugías de readecuación corporal y/o tratamientos hormonales, para generar una conclusión sobre la persona periciada (Ministerio de Justicia, 2012).

⁴ Instruye sobre aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex, y expone que debe detenerse todo tratamiento innecesario de “normalización” de niños y niñas intersex (cirugías genitales irreversibles) hasta que tengan edad suficiente para decidir, y que deben continuarse las prácticas para la decisión de sexo magistral, como los exámenes de cariotipo, análisis interdisciplinarios, entre otros (Ministerio de Salud, 2015).

a personas intersexuales.

La Vía clínica para la Adecuación Corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género, creada en junio de 2010, es la única guía clínica creada para este tema desde el Ministerio de Salud y tiene por objetivo facilitar el acceso en personas con incongruencia de sexo e identidad, según las concepciones brindadas por el CIE 10 y DSM-IV que brindan una perspectiva patologizadora de esta población, por lo que el material basa sus acciones en ella a través de un tratamiento y enfrenta la atención desde el problema de salud (Ministerio de Salud, 2010).

En esta guía, las intervenciones en salud mental consideran evaluaciones, psicoterapia, consejería, seguimiento y confirmación de criterios de elegibilidad. Además, se establece el concepto de Experiencia de Vida Real (EVR) que es donde la persona afectada adopta completamente el rol de género al cual transita; y deben llevarse a cabo según la disposición de cada Servicio de Salud (COSAM, CRS, CDT) (ver Imagen N°5).

Para la adecuación corporal hormonal es necesario que las personas trans cumplan con criterios de elegibilidad (ser mayor de edad, conocimientos sobre beneficios y riesgos de la terapia, EVR documentada o psicoterapia por mínimo 3 meses) y de disposición (Identidad de género consolidada, progresos en otros problemas y salud mental estable, y responsabilidad en la adherencia), donde todo el proceso es guiado a nivel secundario por un endocrinólogo y exámenes por cada establecimiento asistencial primario.

La adecuación corporal quirúrgica comprende la reconstrucción genital (orquidectomía, creación de neovagina y neoclítoris, labioplastia, disección y penectomía parcial, etc.), la remodelación pectoral, histerectomía y ooforectomía, intervenciones faciales, entre otras. Los datos brindados por el Ministerio de Salud consideran 150 egresos de estas cirugías entre los años 2012 y 2017 a nivel país (ver Anexo N°2).

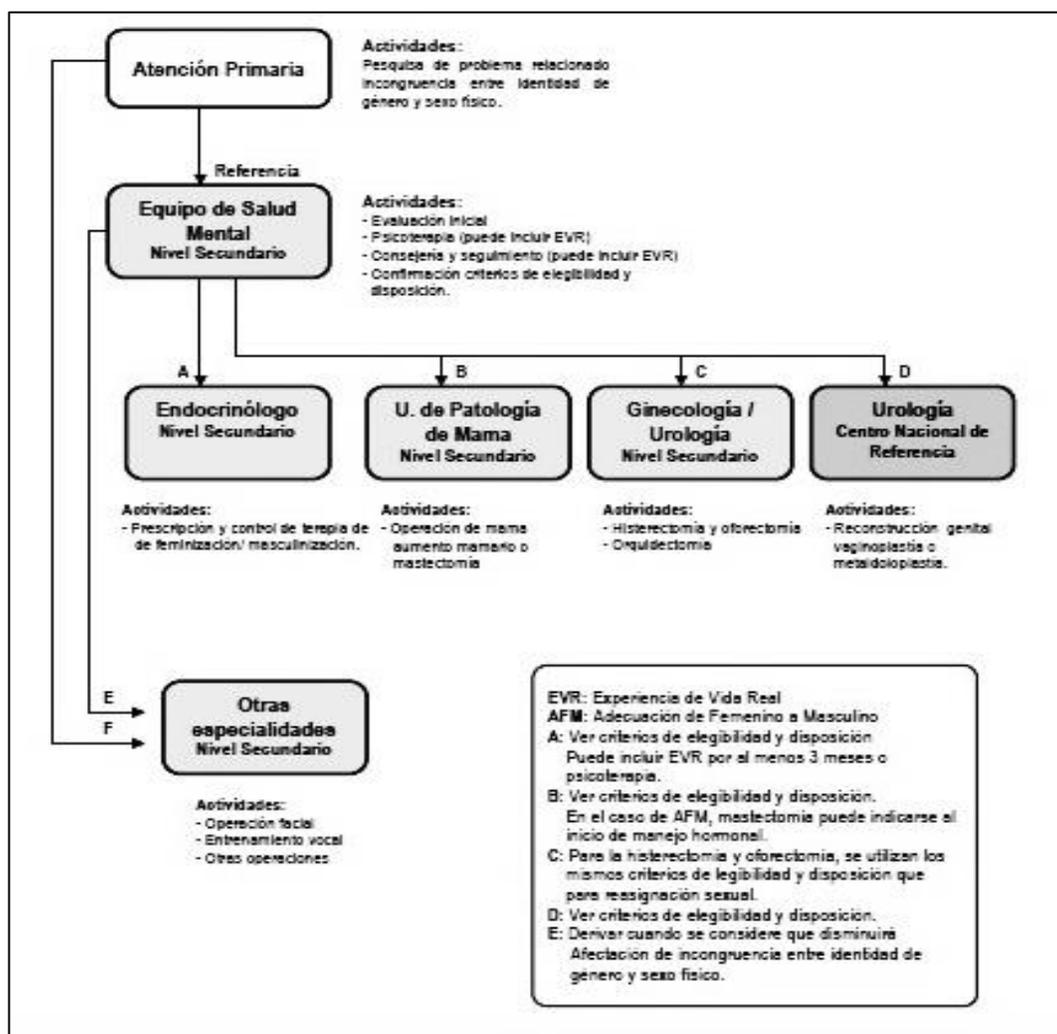
Estas cirugías buscan el favorecimiento de la adopción satisfactoria del rol de género y establece como criterios de elegibilidad 18 meses de EVR o un año de tratamiento hormonal la mayoría con el cumplimiento de psicoterapia y cumpliendo los criterios de disposición. Todo lo anteriormente mencionado tiene como población objetivo las personas mayores de 18 años, aunque establece la disposición futura a una vía clínica para las intervenciones

¹ Genera especificaciones para realizar algunas cirugías en relación a personas intersexuales, sin establecer si estas son necesarias o electivas, considerando opiniones del equipo médico, familia y comité de ética, sin esperar la opinión del usuario (Ministerio de Salud, 2016b).

específicas para adolescentes y niños (Ministerio de Salud, 2010).

Las Circulares y Vía clínica crean un marco regulatorio que funciona como dispositivo de control en la medida que determina que formas de atención y tratamiento son posibles y deseables (ver Imagen N°5).

Imagen N°5: Flujograma de atención de Vía Clínica.



FUENTE: *Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género, 2010.*

Estas, en conjunto con las leyes y ratificaciones, constituyen mecanismos fundamentales, ya que determinan lo que socialmente se identifica como digno de protección y la forma de

protección que se debe desarrollar (Romero & Montenegro, 2018). Sin embargo, frente a los estudios y experiencias internacionales, parece necesario brindar mayores espacios, prestaciones y recursos de lo que se hace en la actualidad.

Gracias a los documentos emitidos por el Estado, los Servicios de Salud han iniciado acciones para su implementación respondiendo a las necesidades de la población inscrita, aunque no necesariamente ha ocurrido en ese orden. La ejecución varía debido a la falta de especificaciones, decisiones sujetas al criterio profesional y los recursos que se asignen por Servicio, ya que no existen especificaciones en las prestaciones y su presupuesto correspondiente.

A continuación un resumen de los avances y retrocesos de los lineamientos entregados por organismos estatales (ver Tabla N°1)

Tabla Nº1: Cuadro de avances y retrocesos de documentos ministeriales.

DOCUMENTO	AÑO	EMISOR	AVANCES	RETROCESOS
Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género	2010	Ministerio de Salud	Facilita el acceso a personas con incongruencia de sexo e identidad	Se basa en el CIE-10 y DSM-IV por lo que patologizan y su enfoque es desde el tratamiento
			Brinda protocolos para prestaciones en salud mental, adecuación corporal hormonal y quirúrgica	No considera menores de edad
			Establece vocabulario básico y educa en incongruencia	Está basado en el binarismo y no contempla personas que no se identifican con ningún género
			Considera el Concepto de Experiencia de Vida Real	
			Establece flujograma que integra niveles de atención	
Circular Nº 34	2011	Ministerio de Salud	Instruir al personal de salud en la atención (entrega de definiciones)	Se sigue usando nombre legal en exámenes, procedimientos, recetas, brazales, etc.
			Utiliza nombre social	Se solicita que se hospitalicen según disponibilidad y aspecto externo, y no según identidad de género
			En hospitalización, se considera personas cercanas (no familiares) para entrega de información	No considera menores de edad
Circular Nº21	2012	Ministerio de Salud	Menciona personas intersex	Es muy similar a Circular 34, no presenta avances
Circular Nº1297: Guía técnica pericial de sexología forense para casos de personas trans e intersex para todos los servicios médicos legales del país	2012	Ministerio de Justicia	Establece protocolos para pericias sexológicas, para rectificar la partida de nacimiento	Está basado en apariencia de genitales, no en identidad.
Circular Nº18	2015	Ministerio de Salud	Protocolo para detener procedimientos de "normalización" de genitales en niños/niñas intersex	No entrega nuevos lineamientos
Circular Nº7	2016	Ministerio de Salud	Complementa Circular 18 y brinda especificaciones	Permite cirugías, solo considerando al equipo médico, comité de ética y familia en la decisión, sin considerar al niño/niña intersex. No especifica diferencia si la mutilación de genitales o aparatos reproductores debe ser de carácter electivo o necesidad.

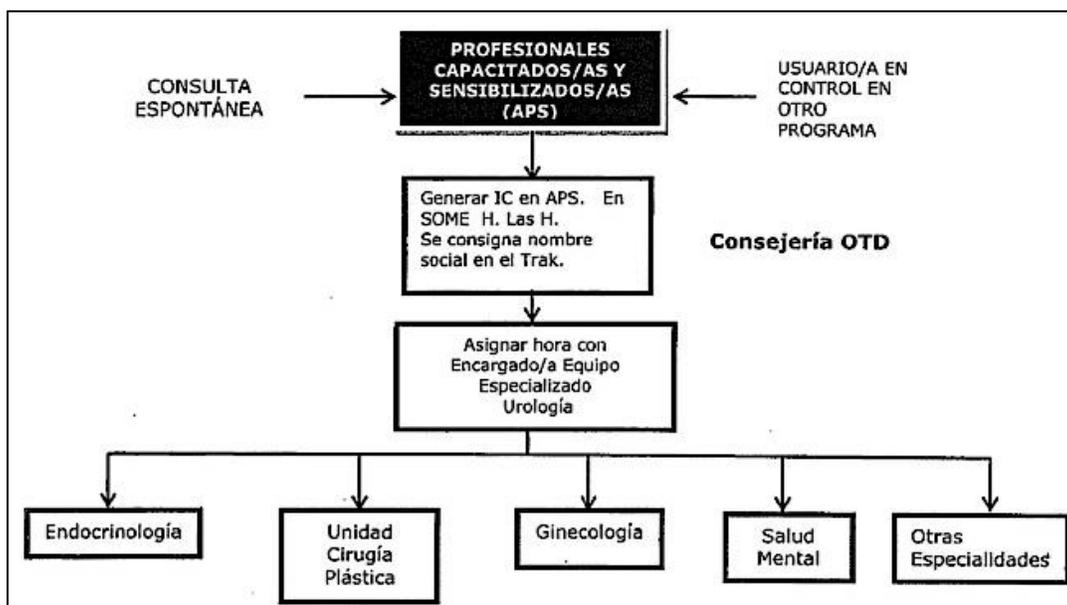
FUENTE: *Elaboración propia*

Programas de atención de salud trans en Chile

En Talcahuano, el Servicio de Salud gestó un Protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans (2015), siendo el primero en brindar directrices en acompañar, contener y apoyar a las personas trans en el proceso de readecuación corporal, con una visión menos patologizadora (pero basada en la Vía clínica) e integral, especificando que la identidad trans no es un trastorno psiquiátrico ni una enfermedad orgánica, sino la construcción subjetiva que cada persona hace de sí misma. Dentro de sus hitos el reconocimiento de la identidad de género, el regular las horas especialistas de nivel secundario y que se difunda el protocolo como la existencia de un equipo especializado (Servicio de salud Talcahuano, 2015).

El protocolo establece que el Hospital Las Higueras tiene el Programa de atención de salud a personas trans, con las especialidades de urología, ginecología, salud mental, cirugía plástica y endocrinología (ver Imagen N°6), y que se trabaja conjunto a una organización trans OTD (Organización Trans Diversidad) donde tienen la opción de consejería de pares, además de tener las prestaciones brindadas en la Vía clínica de 2010 (Servicio de salud Talcahuano, 2015).

Imagen N°6: Flujograma de atención, Servicio de Salud de Talcahuano.

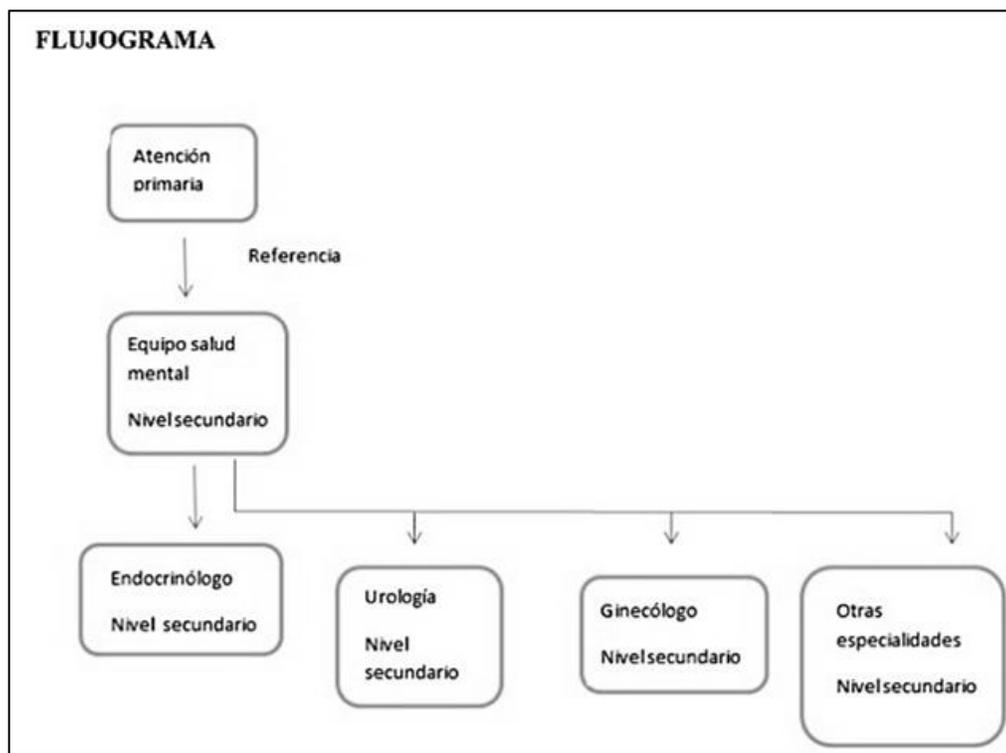


FUENTE: *Protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans del Servicio de Salud Talcahuano, 2015.*

El Hospital Carlos Van Buren también cuenta con un Policlínico de Identidad de Género y se basa en los estándares internacionales de la WPATH, como también las experiencias de Argentina. Su población objetivo son adolescentes desde los 14 años y adultos, como primera instancia. Los adolescentes pueden acceder a acompañamiento psicológico y postulación a tratamiento de bloqueo hormonal, para lo que es necesario contar con autorización mediante consentimiento informado. En el caso de acompañamiento psicológico, es contrario a lo establecido por la Circular N°15/11 (Ministerio de Salud, 2016a), esto podría ser porque esta última es más actual que el inicio del Programa, que data desde el 2015 (“Policlínico Trans - Patricia Casanova,” 2018).

En términos de prestaciones, el programa considera intervenciones en salud mental, tratamientos endocrinológicos e intervenciones quirúrgicas, todo coordinado en un trabajo en red (ver Imagen N°7).

Imagen N°7: Flujoograma del Programa del Hospital Carlos Van Buren (HVB)



FUENTE: *Protocolo de intervención para pacientes transgénero policlínico identidad de género Hospital Carlos Van Buren, revisado en abril, 2018.*

Se han observado otras instancias a nivel nacional, pero desde la protocolización en la asistencia, como el del Hospital Regional de Antofagasta (Servicio de Salud de Antofagasta, 2017) y el Servicio de Salud de Reloncaví (Servicio de Salud Reloncaví, 2015).

Otras garantías en la infancia trans

En el ámbito escolar, se ha reportado la escuela como un lugar de estrés y abuso de muchos estudiantes LGTB. Comentarios homofóbicos son escuchados diariamente y el bullying es recibido por la mitad de estos adolescentes regularmente; y aquellos que suelen no sentirse seguros en este lugar también tienen en común un alto ausentismo. En los colegios que se aborda la temática LGTB, la información suele ser imprecisa o abordado de forma negativa, pues no se destinan fondos para esto. Muchos estudiantes adolescentes que asisten sienten que no tienen un adulto a quien acudir de confianza en la institución (O'Neill & Wakefield, 2017). Estas malas experiencias de discriminación disuade a los adolescentes LGTB a seguir estudios superiores (O'Neill & Wakefield, 2017).

Estos antecedentes no son lejanos a eventos discriminatorios ocurridos en el país, por lo que la Superintendencia de Educación estableció en el año 2017 un ordenamiento jurídico sobre los derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación; en el que están sujetos: sostenedores, directivos, docentes, educadores/as, asistentes de la educación y cualquier otra persona que sea parte de la comunidad educativa.

Esta nueva normativa nace por el desafío que representa, en la gestión y práctica, la inclusión de niñez trans y, junto a la Ley 20.370 (Ley General de Educación), precisa que los principios orientadores serán el reconocimiento y protección de la identidad de género, el desarrollo pleno de la personalidad humana y el respeto a la dignidad, y su no reconocimiento o negación implica el desconocimiento de la dignidad humana en su ineludible e integral generalidad, es decir, ningún establecimiento educacional puede incurrir en discriminaciones arbitrarias y deben propender a la erradicación de ellas (Superintendencia de Educación, 2017).

La ordenanza también establece el aseguramiento del acceso e ingreso, permanencia, evaluaciones, promoción, participación y expresión de opinión de forma igualitaria, respeto a su integridad física, psicológica y moral, resguardo de su derecho a estudiar en un ambiente de respeto y a expresar la identidad de género propia y su orientación sexual. No obstante,

es el padre, madre, tutor legal y/o apoderado del estudiante quien debe dar reconocimiento de la identidad de género, en caso que sea menor de edad, a través de una solicitud mediante una entrevista con la máxima autoridad educativa del establecimiento (Superintendencia de Educación, 2017).

En relación a la comunidad educativa, deberán brindar apoyo al estudiante y acciones de acompañamiento, como uso de lenguaje inclusivo. Deberán orientarse y tener espacios de reflexión, usar el nombre social en todos los espacios y el nombre legal en documentos oficiales, permitir el uso de uniforme o ropa acorde a la identidad de género, como también el uso de servicios higiénicos (Superintendencia de Educación, 2017).

La ordenanza se basa en el documento “Orientaciones para la inclusión de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en el sistema educativo chileno” que brinda directrices sobre la importancia de velar por el derecho a la educación de las personas LGBT (Ministerio de Educación, 2017) y bajo el alero de la Ley 20.536, que busca promover la buena convivencia escolar (Ministerio de Educación, 2011). Considerar este antecedente vislumbra la posibilidad de que en otro ámbito, como la salud, se provean acciones concretas en la dignificación de prestaciones y que responda a una demanda de integralidad en un área que es recurrente y cercana en esta etapa.

MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El fenómeno de la diversidad sexual se ha visibilizado en el último tiempo y ha acarreado cuestionamientos al ordenamiento sexual moderno, junto al reconocimiento de la gama completa de sexualidad y manifestaciones de género experienciales o corporales posibles (Field & Mattson, 2016; González, Núñez, Galaz, Troncoso, & Morrison, 2018; Kelso, 2015).

La visibilidad en Chile en el último tiempo ha crecido, especialmente desde la emisión de Circulares a nivel ministerial y la aprobación de la ley de identidad de género que, pese a que la administración actual se muestra especialmente reticente a ella (Catena, Valenzuela, & Silvera, 2018), se incluyó a los menores de 14 a 18 años gracias a grupos de interés y fundaciones¹.

Frente a este cambio de paradigma, las necesidades de salud de los NNA con diversidad en identidad de género y el emerger de programas que buscan responder a ellas, esta investigación busca brindar literatura exploratoria sobre una unidad de atención clínica en esta área, especialmente por la carencia de lineamientos detallados en el actuar con NNA.

Metodología

Para llevar a cabo una investigación exploratoria en esta materia, a través de un estudio de caso cualitativo, siguiendo la metodología propuesta por Robert Yin; especialmente, porque los límites del fenómeno y el contexto no se encuentran claros (Yin, 2003). El caso escogido es el Programa implementado en el CAHSR, como unidad de análisis, por ser pionero en la Región en implementar una atención multidisciplinaria en el sistema público, por lo que esta investigación podría ser informativa de los procedimientos y acciones necesarias para replicar esta instancia en otras localidades.

¹ Fundación Juntos Contigo, Fundación Renaciendo y Fundación Transitar, junto a otras, han desarrollado un papel fundamental de poner en agenda la discusión y de visibilizar la infancia trans para que tengan el potencial de desarrollarse como seres humanos iguales. Dentro de sus objetivos están: buscar apoyar, acompañar e informar a la niñez trans y sus familias, a través del proceso de transitar, donde la mayoría está integrado por padres y profesionales con experiencia que buscan brindarles un espacio de contención y asesoramiento (Fundación Juntos Contigo, 2018; Fundación Renaciendo, 2018; Fundación Transitar, 2018).

En base al marco de referencia del problema de investigación la pregunta que guía el estudio es ¿Cómo la atención para la identidad de género infantojuvenil se ha ajustado a los parámetros de los derechos humanos, sexuales y de infancia, y a las necesidades integrales de salud de esta población?.

Objetivo general

Comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención en niñez y adolescencia trans en el sistema público de salud con enfoque integral y de derechos

Objetivos específicos

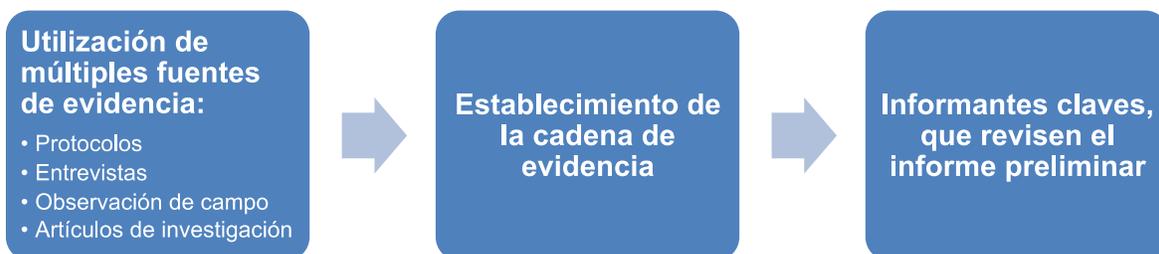
1. Conocer las capacidades de gestión desde la percepción de los profesionales involucrados, autoridades relacionadas y expertos en la materia
2. Identificar los marcos legislativos presentes y ausentes relacionados a la gestión de programas en identidad de género

Diseño de la investigación

Acorde a Yin (2003), las múltiples fuentes de evidencia son relevantes para esta metodología (triangulación de datos), por lo que se realizarán entrevistas semiestructuradas a personas claves en la creación e implementación del Programa, según el rol en la unidad de análisis; y se complementará con información proveniente de reportes organizacionales, documentos del programa, como también de observación de campo más la revisión de casos similares en otras localidades a través de guías clínicas o artículos de investigación; todo esto con el fin de aportar validez al constructo (ver Imagen N°8) junto a la cadena de evidencia, enlace explícito entre las preguntas realizadas en las entrevistas, los datos recolectados y las conclusiones que se presentarán, posteriormente (Yin, 2003).

Los participantes entrevistados corresponden a profesionales de diversa índole, profesionales de salud que incurren en la atención de personas trans en el sistema público, asesores y expertos en derechos de infancia y política social.

Imagen N°8: Validez de constructo en Estudio de Caso



FUENTE: *Elaboración propia*

Instrumentos de recolección de información

Se realizó con el fin de refinar la recolección de datos y se realizará con carácter formativo permitiendo generar líneas de cuestionamiento atinentes. El pilotaje fue realizado en el Hospital Van Buren (en adelante HVB), donde se espera que contribuya a articular teóricamente las propuestas y mejorar el diseño, como también a asegurar que los resultados de la investigación refleje significativamente el fenómeno.

Para esto se contactará las autoridades del Programa en el HVB para realizar algunas entrevistas, la cual está basada en los objetivos de la investigación, como la literatura revisada.

Para la utilización de múltiples fuentes de evidencia, se revisaron leyes y normativas atinentes a la atención de salud, al derecho a la identidad, personas trans, expresión de sexualidad, entre otras; que podrían colaborar a responder a la pregunta de investigación.

El protocolo de investigación (ver Anexo N°3) se aceptó por el Comité de ética de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, y también por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (ver Anexo N°4). Por lo que las entrevistas siguieron el protocolo ético-legal, donde estas fueron grabadas y transcritas, tras la lectura y firma del consentimiento informado (ver anexo N°5).

Entrevistas

Los entrevistados deberán ser profesionales involucrados en la atención en sí, o en la gestión del proyecto de atención, ya que se busca ver la gestión y las capacidades que brinda la normativa legal para su ejecución. Para ello se usará como formato de muestreo “bola de nieve” para reunir a los profesionales más atingentes a la creación e implementación del programa.

En consideración a los objetivos, se realizará un guión para la realización de entrevistas (ver Anexo N°6) y que también permitirá brindar directriz para el análisis que se realizará post transcripción (ver Imagen N°9).

Imagen N°9: Directriz de análisis de entrevistas



FUENTE: *Elaboración propia*

Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de julio, agosto y septiembre a 12 personas relacionadas con la atención de salud en identidad de género o con algún grado de expertiz en temáticas relacionadas (ver Tabla N°2).

Tabla N°2: Selección de participantes para entrevista

Selección de la muestra	Objetivo de la entrevista
Profesionales de salud de trato directo en el Programa del CAHSR y HVB (7 participantes)	Brindar información respecto a su rol en la gestión del programa, como los obstáculos y facilidades en implementación y prestaciones a brindar.
Experto en Derechos Humanos (1 participante)	Brindar perspectiva entorno a la generación de programas de salud con enfoque de derecho, especialmente en el área infantojuvenil.
Experta en Políticas sociales (1 participante)	Brindar expertiz a la consideración de población infantojuvenil en políticas públicas, especialmente en relación a diversidad sexual.
Jefe del Centro de Responsabilidades ambulatorias (1 participante)	Brindar información respecto a su participación en la gestación y gestión del programa desde sus inicios a su implementación.
Ex director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) (1 participante)	Brindar información respecto a su participación en la gestación del programa, en consideración a los marcos normativos.
Asesora técnica del SSMSO (1 participante)	

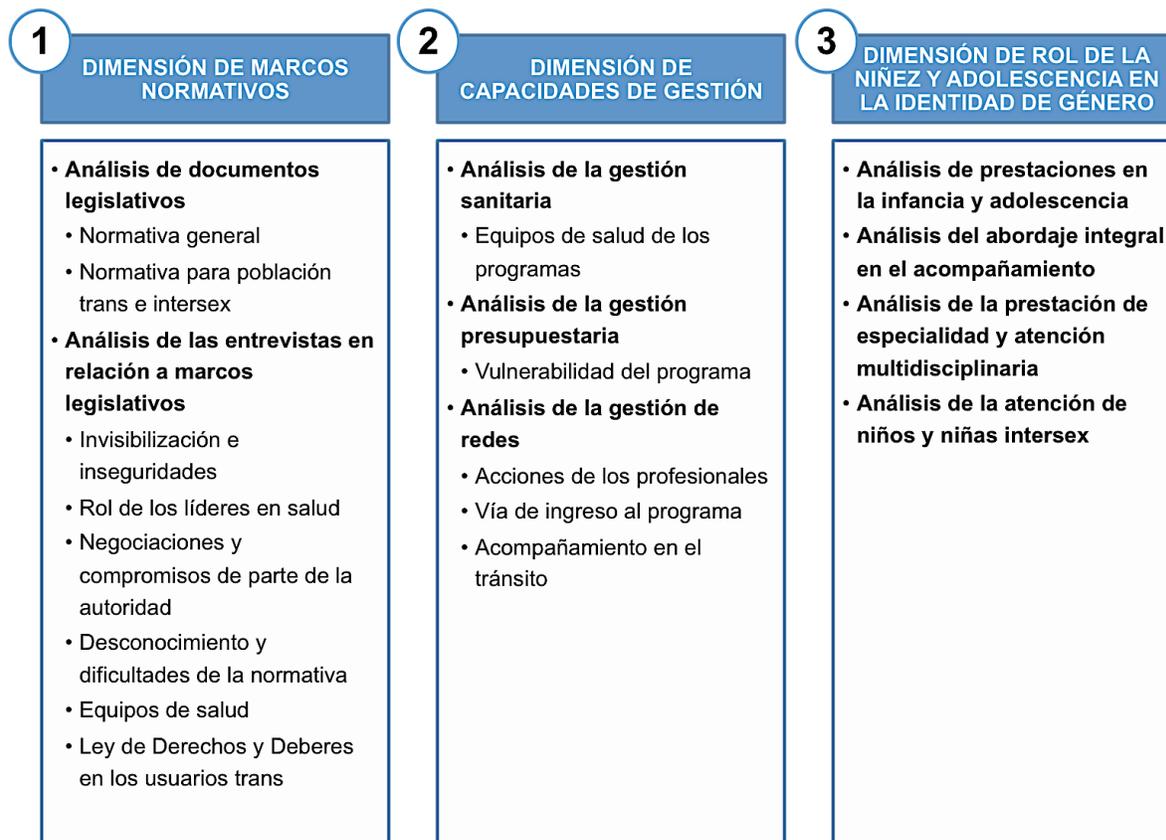
FUENTE: *Elaboración propia*

ANÁLISIS CRÍTICO INTERPRETATIVO

El análisis crítico interpretativo extraído a partir de las entrevistas y la revisión de documentos normativos relacionados, permitió estructurar tres dimensiones en que los objetivos pueden ser respondidos.

Para comprender el modelo de atención se consideró una dimensión de marcos normativos, de capacidades de gestión y del rol de la niñez y adolescencia en la identidad de género. Los cuales, en su desglose, generan un análisis en detalle sobre los obstáculos y oportunidades que el sistema representa para la atención de salud en identidad de género infantojuvenil en el ámbito público.

Imagen N°10: Análisis crítico interpretativo y sus dimensiones



FUENTE: *Elaboración propia*

1. Dimensión de marcos normativos

1.1. Análisis de documentos legislativos

En esta sección se realizará un análisis de los recursos normativos: leyes, circulares, decretos y ordenanzas, en que es posible establecer un marco legal para disponer de acciones en relación a la atención de salud trans, como el derecho a su identidad, especialmente las que resultan compatible con la atención de salud de NNA en el sistema de atención público y pertinentes a las necesidades que este grupo tiene, tanto en su salud como en su vinculación cotidiana. Para ello se presentarán 16 normativas con distinta relevancia jurídica (ver Resumen de normativas en Anexo N°7).

· **Normativa general**

Estas normativas (ver Tabla N°3) aportan distintos enfoques para la condición de vida de las personas trans. Estas ocho normas, aunque tengan distintos grados de condicionamiento jurídico, brindan el espacio para la realización de un programa de atención de salud. Por una parte, se encuentran aquellas que permiten que un proyecto de salud nazca según las necesidades que considere la dirección del Servicio de Salud, como es el Decreto N°140 y la Ley 18.469, le brinden un presupuesto y se mantenga o no en el tiempo, independiente de los lineamientos del Ministerio. Estas directrices generan el espacio para que la atención en salud no solo se enfoque en enfermedad y en su curación, si no también brinda la oportunidad de realizar acciones para promover bienestar y prevenir riesgos, permitiendo una perspectiva de no patologización.

En adición, la Ley 20.418, 20.609 y 20.584 entregan lineamientos sobre la educación sexual, antidiscriminación y derechos y deberes de los pacientes, lo que permiten un enfoque de derechos y empoderador para los usuarios, donde no solo se ve la perspectiva del profesional, si no que es posible considerar con parámetros concretos lo que debe recibir cualquier persona.

Por último, la circular N°15/11 entrega una visión de la atención que es posible que personas que aún no cumplan 18 puedan recibir, lo que es un gran referente para la toma de decisiones y la cercanía que adolescentes pueden tener con su sistema de atención de salud, sin necesariamente contar con un adulto.

Tabla N°3: Análisis normativo de legislación general

Leyes, circulares, decretos y ordenanzas	Año	Institución	Análisis normativo
DECRETO N°830: Promulga Convención sobre los derechos del niño	1990	Ministerio de Relaciones Exteriores	Brinda directrices en cuatro áreas en relación a los derechos de NNA: en educación, se debe velar por promover el desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus posibilidades; en salud, debe estar asegurada su asistencia médica y atención sanitaria, como su seguridad, número y competencia de su personal. En relación al Estado, deberá garantizar la protección y bienestar, como su interés superior, a través de medidas legislativas y administrativas adecuadas para ello. Y, para sus cuidadores o padres, deben respetar la evolución de las facultades del niño/a, velar porque ejerza sus derechos, expresar su opinión de forma libre, según su pensamiento, conciencia y religión. Esto brinda un marco en los espacios que se desenvuelven para ser respetados, como considerarse su identidad y las decisiones relacionadas.
LEY N°17.344: Autoriza el cambio de nombres y apellidos en los casos que indica. Modifica Ley N°4.808, sobre registro civil	1998	Ministerio de Justicia	Esta ley permite el cambio de nombre registral cuando el o la solicitante sea conocido por 5 años por otro nombre, diferente al propio, no obstante no se expande a considerar cambio de sexo. La modificación de nombre pese a que no es posible hacerlo retrospectivo, podrá solicitar la modificación pertinente a su partida de matrimonio y la de sus hijos, como los documentos prospectivos.
DECRETO N°140: Reglamento orgánico de los Servicios de Salud	2004	Ministerio de Salud	Como establece que responsabilidad de los Servicios de Salud es que se ejecuten acciones para fomentar, proteger y recuperar la salud brinda una ventana de oportunidad para establecer programas que no se centren en enfermedad, si no también en bienestar. Si bien deben cumplir con las normativas brindadas por el Ministerio, al ser organismos descentralizados y con personalidad jurídica también es posible que dictaminen normas de funcionamiento interno y para los establecimientos bajo su dependencia, por lo que pueden elaborar programas e innovar en la atención, como también disponer de presupuesto para esto. Lo que brinda una oportunidad para establecer iniciativas, pero también para terminarlas al cambiar las direcciones, lo que pone en peligro la continuidad.
LEY N°18469: Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un regimen de prestaciones de salud	2006	Ministerio de Salud	Brinda un marco para la creación de programas o prestaciones para brindar un acceso libre e igualitario a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, como también acciones que tiendan a asegurarla para todos los beneficiarios del Régimen que sean afiliados Fonasa o personas carentes de recursos. Lo que brinda un marco para solicitar atención de salud, que no necesariamente sea para tratamiento o curación.
LEY N°20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de fertilidad	2010	Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública	Permite a los adolescentes actuar autónoma respecto de la elección y acceso a métodos de regulación de fertilidad lo que podría relacionarse con aspectos de hormonación, haciendo distinción a los 14 años (los menores deberán informar a un tutor responsable). Establece el derecho a recibir información clara, comprensible, completa, sin sesgo, abarcar todas las alternativas y confidencial; considerando su edad y madurez psicológica, como sus creencias o formación, lo que establece un parámetro en la consideración de la autonomía con la que podrían ingresar a un programa de salud, sin necesitar a los padres al llegar a los 14 años. Por otro lado, brinda el marco para que establecimientos educacionales, reconocidos por el estado, deban incluir en el ciclo de enseñanza media un programa de educación sexual, aunque según sus principios y valores, lo que genera un espacio educativo obligatorio donde pueda abarcarse no solo la temática trans, sino también la diversidad sexual.

(Continuación)

Leyes, circulares, decretos y ordenanzas	Año	Institución	Análisis normativo
LEY N°20.609: Establece medidas contra la discriminación	2012	Ministerio Secretaria General de Gobierno	Instaura un mecanismo judicial contra aquellos que cometan actos de discriminación arbitraria, como distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, por aspectos relacionados con el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, la apariencia personal y la enfermedad. Esto implica una opción judicial para aquellos que no reciban un trato objetivo o sean sometidos a discriminación por su identidad, protegiéndolos en distintos contextos.
LEY N°20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud	2012	Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública	Ley que regula la atención de salud, considera que se deben cumplir las normas y protocolos dictados por el Ministerio, aunque no establece directrices, acciones regulatorias o punitivas. A todos los usuarios les da el derecho a recibir un trato digno y respetuoso, información comprensible, deben ser llamados por su nombre, respetarse su privacidad, de acuerdo a su edad y condición personal y emocional, pero sin distinción específica entre adultos y menores de 18 años; también pueden otorgar o denegar su voluntad a someterse a un procedimiento o tratamiento, de forma libre y voluntaria, pero no se explicita alguna diferencia específica con menores de 18 años en la toma de decisiones ni su autonomía. Considera que la información puede ser verbal, pero deberá haber consentimiento escrito y firmado para cualquier procedimiento que conlleve un riesgo relevante; esto considera que toda persona en el Programa deberá consentir para los tratamientos hormonales, como quirúrgicos, pero no establece cómo el proceso se lleva a cabo con una decisión conjunta de NNA y padres o cuidadores.
CIRCULAR N°15/11: Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable.	2016	Ministerio de Salud	La Circular considera los conceptos de capacidades evolutivas e interés superior de los adolescentes, por lo que limita la facultad de los padres a decidir por sus hijos, considerando su autonomía progresiva. Establece que no es necesario que el adolescente concorra solicitando atención con compañía de un adulto, no se le puede negar, por el contrario debe atenderse; por lo que los adolescentes podrán ingresar a un Programa de salud trans sin la necesidad de ser acompañados. Si requiere tratamiento u otro examen sin riesgo relevante, se le podrá informar con posterioridad al tutor legal, lo que permitiría cualquier atención psicosocial y en etapa de tratamiento endocrino o quirúrgico, incorporar a padres. Cualquier negación a esta solicitud, no solo vulnera el derecho, si no que contraviene el deber ético y aleja al adolescente del sistema.

FUENTE: *Elaboración propia*

· **Normativa para población trans e intersex**

Las ordenanzas para personas trans e intersex (ver Tabla N°4) están realizadas para población trans en contextos laborales y de educación, ambas promueven que se vele por dignidad de la persona, sin tratos discriminatorios. Ellas entregan directrices sobre cómo debe sobrellevarse estos procesos y la acogida que se debe tener, pero ninguna estipula cómo se evalúa su concreción en la práctica, por lo que cualquier pesquisa que se haga de un mal funcionamiento está destinado a ser denunciado por parte de los usuarios y no otros mecanismos activos, como ser parte de algún proceso de acreditación de la institución.

En la Tabla N°5 se representa todas las directrices específicas para la atención y vinculación de los usuarios trans. Los manuales internacionales se ven reflejados en los cambios de diagnósticos y conceptos en su trato, como trastorno de identidad de género o desorden del desarrollo sexual.

Pese a que el pronunciamiento ministerial es una respuesta a la necesidad de normativas a lo largo de los últimos siete años, estas son reiterativas y avanzan escasamente en entregar marcos específicos de cómo llevar esta atención a la práctica, especialmente en prestaciones profesionales y tratamientos. En relación a profesionales, no especifica qué profesionales deben conformar los equipos, sus competencias o especialidad, además de que brinda responsabilidad a equipos y comités de ética, sin establecer la necesidad de programas como horas de destinación para ello.

Al igual que en normativas anteriores, no especifica cómo deben evaluarse que estas acciones se lleven a cabo en la práctica, por lo que condiciona el funcionamiento a la solicitud o demanda del grupo receptor, lo que judicializa y alarga que esto se retroalimente y evolucione.

Se reconoce que estos documentos brindan oportunidades, como primeras aproximaciones a la temática, para que la atención de salud modifique aspectos básicos en el trato y que validen a una persona trans a través de su nombre social. No obstante, existen otros aspectos en la atención de menores que se contraponen a la Convención de Derechos del Niño, específicamente a considerar su opinión y su autonomía progresiva, ya que se explicita la coordinación de acciones y decisiones sin incorporar su opinión, como en tratamientos y mutilaciones quirúrgicas.

Tabla N°4: Análisis normativo en personas trans e intersex

Leyes, circulares, decretos y resoluciones	Año	Institución	Análisis normativo
<p>ORDENANZA N°0823/0026: Atiende presentación relativa al cumplimiento de la obligación que el artículo 22 del D.S. 594 impone a la empresa en materia de servicios higiénicos en caso de un trabajador transexual</p>	2016	Dirección del trabajo, Departamento Jurídico	<p>La Dirección del Trabajo no se encuentra facultada para disponer en la regulación interna del empleador de una persona trans, siendo los servicios higiénicos de su personal de su competencia, lo que brinda a su criterio cómo se manejen estos hechos. Si bien refiere que es necesario considerar que sus trabajadores tienen el derecho de ser respetado por su identidad y que no se atente contra su dignidad, deberá protegerles y considerarlo en el orden interno del lugar de trabajo, armonizando los diversos derechos y obligaciones; no establece directrices de cómo realizarlo, específicamente.</p>
<p>ORDENANZA N°0768: Derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación</p>	2017	Superintendencia de educación	<p>Los sostenedores, directivos, docentes, asistentes y la comunidad educativa tienen la obligación de respetar los derechos de NNA, por lo que deben usar el nombre social y legal, brindar acompañamiento, dar capacitación a sus trabajadores, permitir el uniforme y uso de servicios higiénicos según la identidad, pero no establece plazos o lineamientos para ello. También establece garantías, como derecho a acceder a establecimientos educacionales, derecho a permanecer en el sistema educacional formal y ser evaluados de forma objetiva, igual que sus pares; derecho a recibir educación que ofrezca oportunidades de desarrollo integral y formación; derecho a participar, expresarse y ser escuchados, especialmente en relación a decisiones sobre los aspectos derivados de su identidad; derecho a una atención adecuada, oportuna y asertiva, derecho a no ser discriminado, derecho a que se respete su integridad física, psicológica y moral, no siendo tratados de forma vejatoria o degradante; derecho a estudiar en un ambiente de respeto; derecho a expresar la identidad de género propia y su orientación sexual. No obstante, faltan recomendaciones o parámetros sobre cómo se abordará esto cuando se reciba a una NNA trans, capacitación o competencias de sus docentes, ni estrategias de inclusión positiva.</p>

FUENTE: *Elaboración propia*

Tabla N°5: Análisis normativo en la salud de personas trans e intersex

Leyes, circulares, decretos y resoluciones	Año	Institución	Análisis normativo
<p>CIRCULAR N°34: Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial</p>	2011	<p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública, Subsecretaria de Redes Asistenciales</p>	<p>Utiliza el diagnóstico de "Trastorno de Identidad de Género" lo que es considerado patologización de la identidad. También es la primera circular que entrega directriz para tratar a las personas trans con su nombre social y el género que se identifica. En caso de hospitalización, permite que sea en un servicio según el aspecto externo y disponibilidad, como también entrega el derecho a considerar personas relevantes, no necesariamente familiares, para brindarles información sobre su salud.</p>
<p>CIRCULAR N°1297: Incluye cumplimiento de Guía Técnica Pericial de Sexología Forense para casos de personas trans e intersex</p>	2012	<p>Servicio Médico Legal</p>	<p>Esta dirigida a personal que realicen labores en los servicios médicos legales y establece un proceso judicial voluntario al que se someten las personas trans para rectificar la partida de nacimiento en el registro civil. Esto es a través de una pericia sexológica de la apariencia corporal, mediante la evaluación de caracteres sexuales primarios o secundarios, y características complementarias, esto establece un patrón de no considerar exclusivamente la identidad, si no que la expresión de género como cirugías para otorgar la posibilidad de rectificar la partida. Se documenta con fotografías y/o videos, más la presencia de médico, técnico en enfermería y fotógrafo, y podría agregarse una evaluación psicológica, lo que somete a una persona a un proceso de escrutinio sobre su identidad.</p>

(Continuación)

Leyes, circulares, decretos y resoluciones	Año	Institución	Análisis normativo
CIRCULAR N°21: Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial	2012	Ministerio de Salud, subsecretaría de salud pública	Reitera lineamientos anteriores, agregando la consideración de la historia sobre el tratamiento hormonal y quirúrgico en la atención de personas trans, lo que permite brindar una perspectiva de riesgo específico en esta población. También considera la Experiencia de vida real como exigencia para establecer tratamiento, lo que genera requisitos para la identidad autopercibida y brindar atención.
CIRCULAR N°18: Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex	2015	Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades	Resolución para profesionales que tratan a niños y niñas que nacen con sexo indeterminado o intersex, prohibiendo las prácticas de tratamientos de "normalización" (cirugías irreversibles en genitales), deteniéndolas hasta que tengan edad para decidir sobre sus cuerpos, lo que brinda la oportunidad de que sean considerados en esta decisión. Cualquier decisión se construye por endocrinólogo, ginecólogo, psiquiatría, pediatría y médico de salud familiar junto al comité de ética, pero no establece la persona intersex ni la edad de cuando puede ser parte, lo que deja un vacío.
CIRCULAR N°7: Complementa Circular N°18 que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex	2016	Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades	Corrige la Circular anterior, reemplaza el término intersex por Desorden del Desarrollo Sexual y permite la cirugía cuando el sexo está claramente determinado (pero no describe qué significa esto) y hay una patología, concordadas con un equipo multidisciplinario especializado, la familia y el comité de ética, tampoco establece cuándo se considera la opinión del NNA y deja abierta la posibilidad a realizar cirugías de "normalización".

FUENTE: *Elaboración propia*

Por último, existen dos ordenanzas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente que brindan respaldo al Programa de Identidad de Género (ver Tabla N°6). La Ordenanza N°203 esclarece en qué marco es posible la realización de un programa de atención, considerando las Estrategias Sanitarias de la década 2011-2020 (Gobierno de Chile, 2011) en base a la equidad en salud y la Ordenanza N°477 declara al programa con un respaldo institucional desde el Servicio de Salud, aunque no le asegura una continuidad ni presupuesto en el futuro.

1.2. Análisis de las entrevistas en relación a marcos legislativos

Gracias a la base que entrega el marco legislativo, se hace necesario considerar su implementación para la realización de un programa que no ha sido considerado en la programación del Ministerio de Salud. Las estrategias sanitarias ni las leyes han considerado la población trans como destinatarios de acciones para proteger su salud, sino que solo han reaccionado frente a la comunidad LGTBI, en general, cuando los derechos humanos han sido vulnerados de manera mediática. Pese a esta falta de consideración explícita de su bienestar, la legislación vigente hace posible innovar y crear programas de salud cuando existe el apoyo de los Servicios de Salud. El Decreto N°140 permite cierta autonomía y brinda la posibilidad de generar prestaciones de salud con pertinencia territorial, por lo que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con personalidad jurídica, ha utilizado este espacio ambiguo para establecer acciones, según las necesidades que detecte en su población.

Los Servicios de Salud son entes autónomos del Ministerio y, por tanto, el director del Servicio tiene todas las facultades (...). Muchas veces la ley existe, pero no se ocupa o la gente, los burócratas de turno, tienen temor usar algo que está dentro de sus facultades (P3).

Tabla N°6: Análisis normativo en el soporte de Programas de Identidad de Género

Leyes, circulares, decretos y resoluciones	Año	Institución	Análisis normativo
<p>ORDENANZA N°203: Implementación de documentos "Equidad y Salud en todas las Políticas"</p>	<p>2017</p>	<p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</p>	<p>La ordenanza, dictaminada apartir de la Estrategia Nacional de Salud, solicita que se realicen las gestiones para implementar las Circulares N° 34 y 21, como todo lo solicitado por estas. Se insta a difundir estos contenidos como velar su implementación, en lo que se enmarca la atención de salud trans, por lo que funciona como recordatorio y permite que un Programa de salud trans se enmarque en una estrategia, no obstante no estable nuevas directrices u obligaciones.</p>
<p>RESOLUCIÓN EXENTA N°477: Resolución que aprueba el Programa de Identidad de Género</p>	<p>2018</p>	<p>Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Asesoría Jurídica</p>	<p>El Servicio de Salud entrega el marco legal y respaldo al Programa de Identidad de Género, considera las Circulares 34 y 21. Dentro de sus objetivos se encuentra: el acompañar y brindar una cartera de prestaciones profesionales, medicamentos y en el futuro cirugías, lo que no solo permite su funcionamiento si no que lo reconoce y promueve que se trabaje en red para alcanzar sus objetivos.</p>

FUENTE: *Elaboración propia*

· **Invisibilización e inseguridades**

Las personas trans son un grupo poblacional invisibilizado en el país y representan un desafío, especialmente los menores de 18 años, pues requieren una atención de salud que considere su complejidad, no solo en términos psicosociales, si no también por los cambios físicos a los que muchos desean someterse. Los tratamientos hormonales, sobre todo en adolescentes, llevan poco tiempo siendo probados con el objetivo de transitar (Vrouenraets et al., 2016), lo que es visto como un reto para profesionales de salud, fundamentalmente cuando aún hay muchos que cuestionan la identidad y los estudios han canalizado en ver si esto es una etapa (Kelso, 2015; Olson-Kennedy et al., 2016a), lo que podría llevar incertidumbre en tomar decisiones que generen un gasto público, como horas profesionales y fármacos.

Estas inseguridades, junto a la invisibilización, provocan que el nacimiento de un programa que destine recursos en su atención quede sujeto a la sensibilidad que tengan los líderes del Servicio de Salud respecto a las necesidades de la población trans. Es decir, la legislación actual permite un terreno fértil donde los líderes pueden generar acciones en salud particulares, pero dependerá de cada liderazgo.

Hay una urgencia, pero una urgencia súper distinta, es una urgencia social como nosotros la llamamos (...). Yo creo que, como fortaleza, igual fue la jefatura que tuvimos en ese momento, porque también me podrían haber dicho, Y ¿dónde está el documento que decía que ustedes debían hacer esto? Y no había ningún documento (P5).

· **Rol de los líderes en salud**

La necesidad de brindar herramientas en salud para las personas trans pareciera ser una característica de los líderes innovadores en salud. Ellos, independiente de la carencia de lineamientos, podrían lograr un producto con los recursos que tuviesen a la mano para apoyar en una temática que considerarán urgente. Actualmente, las estrategias sanitarias en Chile que consideran la infancia, buscan disminuir la mortalidad por suicidio adolescente, la tasa anual de adolescentes que ingresa por depresión y por consumo problemático, aumentar la tasa de consejería en salud sexual y reproductiva, entre otras (Gobierno de Chile, 2011); todas ellas podrían mirarse con un enfoque de identidad de género, junto a derechos de infancia, para acercar a los adolescentes a la atención.

Es un tema importante, es un tema que para las personas es, yo te diría de vida o muerte para las personas trans, porque las tasas de suicidio que hay en los adolescentes o de intento de suicidio son altísimas (P4).

El rol de los líderes, frente a programas como este, es proveer un sistema con suficiencia para resolver las problemáticas de la población específica que atienden. Bajo esta lógica, se encuentran con un marco legislativo que es insuficiente, vulnerable, y el liderazgo brinda espacios para amparar nuevos programas.

No hay ninguna política pública que dé indicaciones de hacer programas de atención a personas trans. Esto es una iniciativa local (P4).

Las libertades que tienen los liderazgos de la institución para convenir acciones que promuevan la salud de su población, se encuentran adosados a la contingencia política, la administración presidencial de turno, como otros factores subyugados al tiempo.

En el fondo todo es como voluntad de los Servicios, de los hospitales y que, muchas veces también, pasa por la jefatura. Entonces, la vida de una persona no puede estar en juego según lo que te diga la jefatura de si quiere o no quiere que siga el programa (P5).

Los líderes en los Servicios de Salud y hospitales son los que finalmente brindan la oportunidad de que se generen cambios, adaptaciones y/o innovaciones de las directrices brindadas a nivel de Ministerio de Salud o Secretaria de Gobierno. Hay intersticios legales que no permiten abarcar la complejidad del sistema ni tampoco considerar la pertinencia local con que se llevan a cabo las obligaciones solicitadas.

El beneficio de tener una jefatura que tenga una mirada global del tema beneficia mucho el tener la oportunidad de poder emplear y abrir este tipo de programas (P7).

Por lo que las jefaturas, líderes con mirada puesta en la comunidad, permiten que un sistema complejo, como es el trabajo en red a nivel sanitario, se incorporen estrategias para responder de la forma más efectiva a los beneficiarios. El carácter universal que tienen las políticas y estrategias a nivel ministerial generan un sistema de salud que no discrimina a sus receptores, por lo que en su implementación requiere de acciones que tengan pertinencia local para una diferenciación de la población. Esto lleva a que las instituciones prestadoras deban realizar discriminaciones positivas que promuevan la inclusión para que aquellos usuarios que “salen de la norma” puedan atenderse en su diferencia, sean considerados para las prestaciones, porque de lo contrario el sistema pierde su carácter resolutivo.

Las normativas vigentes debieran ser suficientes en un sistema que fuera resolutivo de las necesidades de las personas trans, pero como no lo es, son insuficientes (...) esa persona debería poder atenderse en cualquier especialidad, en cualquier área del sistema público de forma segura, pero eso en la realidad no es así. Entonces, ahí se vuelve insuficiente (P8).

Estas acciones pasan a ser personalizadas según dónde se insertan, pero también dependientes de aquellos sensibilizados a la temática de salud en cuestión.

Con el afán de que esto no fuese un programa persona dependiente, planteamos la idea de poder hacer una resolución desde el Servicio, dado también que desde el Ministerio no teníamos un apoyo más formal o con alguna normativa en ese momento (P5)

Es por esto que los programas han requerido Resoluciones para que no se sometan a las voluntades de los líderes del momento ni a la contingencia política, si no que permitan generar acciones más constantes que ratifiquen el impacto en la población que desean beneficiar.

Frente al nacimiento de una nueva cartera de prestaciones en salud, la población comienza a generar demanda, por lo que la contribución a la constancia de un programa de este tipo parece lógico. Las resoluciones buscan evitar la vulnerabilidad a la que se exponen las iniciativas locales, impulsadas por los líderes de turno, con el fin de generar continuidad y, ojalá, buscar su solvencia.

Negociamos con el Servicio y logramos que lo financiaran, con el acuerdo de que eso fuera, ellos nos compraban los medicamentos para un año y el Sótero se comprometía a después del año a incorporarlos en su arsenal (P3).

· Negociaciones y compromisos de parte de la autoridad

Las negociaciones y compromisos son parte del rol que han tenido que ejercer las autoridades que han involucrado programas como este, con el fin de otorgar continuidad, frente a un marco legislativo y objetivos sanitarios que actualmente no vislumbran la salud trans como parte de en una política de estado.

Nosotros nos tenemos que hacer cargo de una población que está invisibilizada en políticas públicas, en educación, en salud, en justicia que, el 30% de los jóvenes trans, de acuerdo a estudios internacionales, se terminan suicidando (...), no por su condición trans sino que por la vulneración de derechos que han tenido desde la tierna infancia y por tanto esto es un problema de salud relevante, que tenemos que hacernos cargo (...) con un cambio de paradigma, (...) acoger demanda de la población que les permita hacer un tránsito adecuado, con lo que nosotros sabemos hacer y contribuir a que estas personas sean más felices (P3).

Las negociaciones no solo son parte del establecimiento de un programa con personajes fuera del hospital, sino que también ha sido necesario brindar instancias intrahospitalarias para ello. Las discusiones internas han sido parte de la implementación, en donde es posible ver que las jerarquías de poder, hegemonías de formación profesionales, interpretaciones de derechos y muchos otros elementos, generan un conflicto que no permite una visión transversal de atención.

Tú te das cuenta de ahí de actitudes que son típicas, de que tú debes conocer en la Universidad, de próceres de una cátedra, de una carrera, y que mandan mirando, mandan mirando, influyen mirando y generan gran temor (...). Entonces, hemos tenido acá es como un rechazo implícito, no ha sido explícito, por escrito, pero que quienes hemos estado incorporado al programa lo hemos sentido en forma permanente (P1).

La subjetividad en la identificación del problema público genera que solo algunos temas pasan ser abordados, coincidentes con visiones, aspiraciones, intereses de los actores relevantes del proceso.

La no consideración de la población trans en políticas en salud ni sus problemáticas con un enfoque de salud pública, es lo que podría conducir a que el Ministerio genere pronunciamientos aislados, misivas en forma de Circulares, que no se encuentran emitidas en una lógica articulada de acciones para el trabajo con ellos.

Lo que falta efectivamente es que salga una norma técnica, una guía que diga estas son las prestaciones psicosociales, estas son las prestaciones endocrinológicas, estos son los exámenes, estas son las cirugías y esta es la plata, porque eso no está. (...) Todo es como voluntad de los servicios de los hospitales y que, muchas veces, también pasa por la jefatura (P5).

Esta necesidad de interconexión en el trabajo podría comenzar a ser abordada desde las normativas que se están generando para la infancia, como el proveer un sistema integral, propuesto durante el gobierno de Michelle Bachelet, el que promueven la protección a la infancia y las legislaciones que la repercuten. La creación de la defensoría es una de ellas.

El rol que tiene la defensora es poder visibilizar cosas que están ocurriendo y hacer recomendaciones de modificaciones de política pública, de la legislación que se requiera. Yo no la he escuchado decir nada hasta ahora de infancia trans, pero sí, está dentro de sus funciones sobre todos los temas y pudiese eventualmente, si lo decide, jugar un rol importante de visibilizar este tipo de deficiencias que hay y proponer sobre todo al Estado que cosas se requieran (P1).

· **Desconocimiento y dificultades de la normativa**

Una política pública es un resultado de las decisiones del gobierno que pueden estar orientadas a mantener o alterar el status quo (Howlett y Ramesh, 2003 en (Olavarria, 2007). Esto se extendería a la carencia de normativas, su implementación o capacitación en ellas, teniendo coherencia con que el Estado no prioriza la problemática o ignora el impacto que podría generar un programa, guía o normativa dirigida a personas trans, por lo que las Circulares son acciones no interconectadas multisectorialmente, sin un eje conductor que les brinde una estructura para su desarrollo real.

Yo creo que las circulares son un avance para tratar de sensibilizar a las personas, pero sin duda que falta mucho más que eso y falta más difusión también porque nadie las conoce (P4).

Pese a ello, estas generan una base para el desarrollo del trato a personas que se identifican como trans, una consideración para con ellos, al establecer medidas como categorizar conceptualmente algunos términos para la inteligibilidad de funcionarios, los que buscan brindar respeto a la identidad, consideración de sus antecedentes médicos y la forma en que deben ser llamados.

Yo creo que no son suficientes, porque lo que falta es educación al resto del personal de salud que da atención a la población trans y que probablemente a nivel hospitalario ha ido mejorando, pero a nivel de atención primaria probablemente no hay una educación suficiente para difundir como es o como debiera ser la atención a las personas trans (P9).

Si bien existe un acuerdo entre los entrevistados que representan una base para la atención, dependiendo de la perspectiva, establecen un mínimo para quienes se relacionan en su atención, desde su ingreso hasta la atención misma, pero otros consideran que es necesario más. Es decir, la emisión de esta Circulares es valorada, pero consagran un desafío para las instituciones de salud, ya que representan la necesidad de capacitar a sus funcionarios para que realmente sean un eslabón mínimo en el trato.

Normativas propiamente tal para la atención de personas trans no había ninguna. Hay unas circulares que son del Ministerio que tienen hartos años ya, son del 2011 y 2012 que se supone que todos deberían conocer, pero que nadie las conoce (P4).

El desconocimiento de estas Circulares genera inconvenientes en una lógica incremental, especialmente en el trabajo en red, donde representa una exigencia para el sistema el tener que responder a la bajada de esta información. De no hacerlo o hacerlo parcialmente, la capacidad de respuesta se dificulta, al no existir una articulación efectiva de las prestaciones, pues lo que se desconoce no se aplica. Esta difusión requiere el fortalecimiento del sistema institucional, un sistema que brinde una implementación que permita generar acciones para

la atención trans.

Esas circulares tendrían que ser conocidas por todos los estamentos, no solamente los profesionales o los médicos, sino que la gente de primera línea, los administrativos, secretaria y nadie tiene conocimiento de eso, nadie sabe lo que significa un nombre social o como preguntarlo y eso es algo tan básico y que valida tanto a una persona trans, que le preguntes ¿Cuál es tu nombre social? Como que de verdad le cambias toda la perspectiva y eso no pasa, porque la gente no conoce las circulares (P4).

La difusión de estas es algo que recae en aquellos interesados en generar un programa de atención de salud para personas trans, que conlleva varios conflictos. El primero es que como no hay normativas ni lineamientos ministeriales, la utilización de hora profesional en la gestión de la bajada de información correspondiente representa un desafío, ya que es el Servicio el que debe responsabilizarse por la bajada a sus hospitales y otras instituciones de la red, lo que no siempre es realizado a cabalidad. Lo segundo, es que aquellas áreas en que no existen liderazgos que visualicen esta población como objetivo, pierden (y alejan) a las personas que requieren atención por no implementar una actividad tan básica, como llamar por el nombre social.

Esas circulares llevan 8, 9 años de vigencia y nadie las monitorea. La Superintendencia que, por ejemplo, que tiene por condición velar que los hospitales cumplan y se acrediten, ni siquiera nos preguntaron y acreditaron el hospital, y eso no se hacía acá (P3).

Esto conlleva a un tercer problema y es que mientras no sean parte de planes estratégicos al ser implementadas, no existe ninguna retribución para el Servicio, hospital o institución que las lleve a cabo, como tampoco una repercusión al que no, por lo que pareciera necesario trabajar en los incentivos, ya que de lo contrario queda sujeto a las voluntades de los mismos funcionarios. Muy distinto sucede con la Circular del Ministerio de Educación, que no solo brinda lineamientos, sino que también establece sanciones para que esta se lleve a cabo. Esto podría estar dado por su aproximación a la Ley Antidiscriminación y la obligatoriedad de acoger y respetar la diversidad sexual, sin incurrir en prácticas arbitrarias.

Hay sanciones para los colegios si no quieren aplicar esas medidas, o sea, ya no es como antes que era criterio del director si quería o no quería apoyar la situación, digamos. Ahora, son orientaciones y también hay sanciones en caso de que los colegios no quieran apoyar los tránsitos de los chicos (P4).

Las Circulares N° 34 y 21, desde un análisis de políticas públicas, identifica que la problemática reconocida por el Estado es el trato respetuoso a las personas trans, el cual es canalizado a través de normar el uso de nombre social para ello, una iniciativa importante que está considerada relevante en términos de disminuir la disforia (Russell, Pollitt, Li, &

Grossman, 2018).

Cuando a ti te llaman por el nombre que tú quieres que te llames, ya tú te sientes diferente y miras el mundo de otra forma y además te hace sentido (P7).

Pero avocarse al nombre social hace presente la ignorancia de otras necesidades integrales en salud de las diversas identidades de género, un desfase del contexto actual. También la carencia de una articulación y normativas detalladas y actualizadas al respecto, vislumbra la baja o nula prioridad en que se tiene a esta población, ya que las demandas específicas se focalizan en la consideración de este nombre social, sus antecedentes mórbidos y el escrutinio frente al lugar en que le corresponde hospitalizarse, a grandes rasgos. Esto refleja la desestimación de esta población, su número, necesidades e inconvenientes, por lo que la generación de circulares como normativas responde a presiones, pero es un método ambiguo que no busca posteriormente medir un impacto y con ello una mejoría concreta.

Yo creo que la temática trans está muy invisibilizada, pero hay muchas personas trans, o sea, nosotros nos dimos cuenta, pensamos que iban a hacer algunas personas y todos los días tenemos ingresos (P4).

Enfoque en los equipos de salud

Uno de los problemas es el razonamiento en el que fueron gestadas las Circulares: la guía clínica y el DSM-IV. El principio que genera estos documentos fue patologizar la identidad de género incongruente con el sexo, por lo que dependerá de la visión particular con la que cuenten los equipos y, específicamente, los profesionales que brindan atención.

La otra normativa técnica que, en teoría está vigente, es la guía clínica y esa guía clínica no es muy compatible con la existencia de este programa (P8).

El resultado lógico son las adaptaciones locales, pero si bien es positivo brindar pertinencia a los programas, no pareciera adecuado adaptarlas a interpretaciones desactualizadas de lo que es considerado como normal o anormal. Este cambio de paradigma no ha sido reflejado en la Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género, realizada en el 2010, único documento extenso donde se habla del trato y tratamiento que deben recibir las persona que buscan readecuación corporal, objetivo que no toda persona trans desea.

Yo pregunté en esa oportunidad al Ministerio si había algún otro documento y estaba la Guía Clínica, pero que en realidad todo el mundo sabe que está súper obsoleta. De hecho, nosotros en un comienzo la íbamos a ocupar y a mí me llamaba tanto la atención el tema de la experiencia de vida real y lo conversábamos con la jefa de salud mental, y yo le decía "Dra.

pero mire, acá están pidiendo que la persona 6 meses por lo menos viva en el rol del género, al cual se quiere cambiar y todo". Y, después, ya nunca más volvimos a mirar ese documento, nunca más lo ocupamos (P5).

Estos elementos patologizadores, cuando son incoherentes con los valores con los que se mueve el equipo de salud que tiene trato directo, pasan a tener un carácter de obsolescencia, lo que genera que los programas no consideren los documentos provistos por el Ministerio y tengan que reinventar sus normas y mantenerse en permanente ajuste. Los Servicios de salud deben traspasar los límites normativos, ya que deben responder al contexto donde se encuentran insertos.

Siempre tuvimos ese principio bien presente, que esto no es una patología, no es un problema de salud. Entonces, ellos no son pacientes, son usuarios que vienen a ingresar a un programa a transitar de género, pero no tienen ninguna enfermedad. Eso hemos tratado siempre de que sea nuestra bandera de lucha, digamos, la despatologización del tema trans y tampoco clasificarlos en diagnósticos, como disforia de género, transexualidad, nada de eso; sino que incluso creamos nuestro propio diagnóstico que se llama "persona trans"(P4).

Frente a una mirada escasa y desactualizada del Ministerio, donde el contexto cambia más rápido de lo que cambian las normas, se hace primordial que los profesionales constituyan su propio enfoque respecto al abordaje de estos usuarios. Los profesionales pasan a ser agentes políticos, generan una mirada, una opinión y se hacen un ente activo frente a otros profesionales, ya que mantener la motivación para que un nuevo programa se mantengan pareciera requerir un compromiso.

Algunos momentos nos hemos topado con médicos que consideran que no es necesario [el Programa], que estamos gastando plata innecesaria, habiendo tantas patologías, que nosotras estamos hinchando por los trans. Pero, finalmente, de alguna manera, hemos tratado de lograr hacerle ver que el disfrute de una vida plena es la definición de la OMS de la salud. Entonces, no es culpa de nosotros, es de la OMS, que se le ocurrió decir que la salud era no solo ausencia de enfermedad (P11).

También se observa que las personas que trabajan en el programa es a través de autoselección, es decir, que sea su propia convicción de trabajar con personas trans lo que los lleva a abordarlos.

En otras instancias de contacto, con otros profesionales que han estado ligados a la atención de pacientes, no han considerado a que haya una total apertura, a que exista el programa o, si bien, hay personas que están abiertas a que exista el programa, no compartimos el enfoque desde el cual ese programa debiera existir (P8).

Por otra parte, las normas existentes parten de supuestos que no son compatibles con la realidad que se ve en los Servicios, desestiman la atención y la realidad lo supera. Esto podría deberse al nulo levantamiento de datos en todas las áreas, como también a los

prejuicios asociados a ellos.

En las encuestas que hacen a nivel nacional o censo, lo que sea, no hay preguntas que vayan directamente al tema de la identidad de género, entonces, hay pocas estadísticas al respecto y es lo mismo que hace que sea invisibilizada el tema, porque no hay estadísticas, datos, números concretos respecto a la temática (P4).

Bajo la carencia de normativas específicas y la generación de protocolos coincidentes con un enfoque de identidad de género, los profesionales han debido utilizar directrices extranjeras que les permita orientar su atención clínica.

Hemos tenido en cuenta los lineamientos de la APA [Asociación Americana de Psicología], de la AACAP [Asociación Americana de Psiquiatría Infantojuvenil] que también tiene una, en el fondo unos guidelines de atención a juventud LGBT y también los standard of care que son lo que publica WPATH [Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero] (P2).

Pese a que los distintos profesionales suelen guiarse por organismos internacionales similares, mientras no exista un respaldo del Ministerio, habrá un criterio ambiguo y que generará disparidad de la oferta desde los servicios públicos.

La WPATH, la Asociación Mundial por la Salud Transgénero, la séptima versión, los lineamientos y la guía la adapté de las unidades de atención de género de España, las UTIG [Unidades de Trastorno de Identidad de Género] se llaman que hay dos autores que son Asenjo y no me acuerdo el otro, tienen una guía que es la que yo tomé. De hecho, la entrevista de salud mental es la de ellos adaptada a Chile y la guía de salud trans Argentina, con esos tres lineamientos armé como las atenciones de acá del policlínico (P11).

Estas orientaciones extranjeras lleva a cuestionar también la falta de directrices que tenemos en el país, incluso en relación a países cercanos como Argentina y Uruguay, quienes tienen normativas ministeriales entorno a la salud trans, lo que nos visibiliza como rezagados en la región latinoamericana.

Desde los objetivos estratégicos del MINSAL, no está considerada la diversidad de género como una necesidad, entonces de ahí para abajo vamos malísimo, porque la guía clínica que tenemos está obsoleta, (...) que dice que las personas trans son pocas, que van a ser programas de poco volumen, bastante patologizante en su lenguaje (P11).

Actualmente, existen expectativas con la Ley de Identidad de Género, ya que podría generar oportunidades para una atención que busca el bienestar de las personas trans y a facilitar desde la promoción, como factor protector de la salud mental.

La Ley de Identidad de Género es uno de los principales avances que hace que, si bien no soluciona todos los problemas, es una herramienta porque considera la salud un derecho, el derecho a la salud, el acceso a la salud como un derecho y entonces no tenemos eso y todavía parece ser que es un favor atender a las personas trans (P11).

Pero la promulgación de esta, en realidad, no genera un marco específico para la atención de salud de las personas trans. La ley de identidad es un avance en términos de explicitar derechos y permite hacer visible, desde la legislación, las necesidades de este grupo, pero para la funcionalidad de los programas de atención de salud, su promulgación no repercute en la implementación de estos, aunque promueve su legitimización.

El que sea ley o no sea ley, a nosotros nos importa poco. Es decir, claramente para el mundo trans es muy importante que sea ley, pero todo lo que necesitamos hacer para el bienestar de ellos lo podemos hacer sin ley [de identidad de género] (P10).

Ley de Derechos y Deberes en los usuarios trans

Por otro lado, la Ley de Derechos y Deberes de Pacientes, establece en los derechos de los pacientes que deben cumplirse las normas vigentes de los pacientes, recibir un trato digno y respetuoso, contar con la compañía de amigos y familia, brindar consentimiento informado, entre otros. Sin embargo, en relación a la población trans es poco lo que puede aplicarse, por su carácter universal pasa a ser generalista, es decir, incluye a todos, como no habla específicamente de nadie.

Yo personalmente encuentro que la ley de derechos es una poesía, porque es declarativa, pero no es vinculante en nada, en nada. Es una declaración de intenciones. (...) Yo si soy trans tengo un itinerario de derechos que termina probablemente en que tengo derecho a la cirugía. (...) Tenemos muchas, muchas prioridades antes que ésta en términos poblacionales, por lo tanto no va a entrar al AUGE pero creo que si hay que hacer algo, si va a salir la ley... la ley debería establecer derechos. ¿La de deberes y derechos nuestra? Poesía (P10).

Este carácter universal juega para ambas partes, no solo brinda un marco amplio para los profesionales que brindan las prestaciones y los pacientes que las reciben, si no también para el Estado, que no entrega un soporte concreto para ser garante de los derechos.

Piensa que te mencioné que a veces nos quedamos sin hormonas y nos dicen “ya, no hay más hormonas”, ¿Dónde están los derechos de los pacientes ahí? En cualquier lado, o sea, te están dando un tratamiento y te lo suspenden y verás tú como te lo consigues, o sea, ahí ya los derechos de los pacientes se nos fueron a la vaina. Claro ellos si tienen deberes, tienen que ser respetuosos, venir a sus horas y todo pero cuando no hay, no hay no más y esa es la respuesta, no hay dinero (P11).

El lenguaje impreciso que emplea permite que su utilización como recurso en la población menor de 18 años siga siendo interpretativa de los establecimientos. No hay un aporte real para la infancia trans y la resolución de conflictos que pueden darse en la atención.

Es una ley que no está pensada para resolver cuestiones como, por ejemplo, autonomía progresiva o de opinión del niño, cómo se escucha el niño, cómo se escucha amigablemente en un procedimiento sanitario la opinión del niño, si es que no la pide un juez penal que la escuche amigablemente, un juez civil (P1).

Por último, si bien es posible establecer un programa con las normativas disponibles, este se encuentra lejos de satisfacer a los profesionales que trabajan en él para la resolución de insuficiencias que presenta el sistema, que pretende amparar a la población trans. La necesidad de un abordaje multidisciplinario y no patologizador, con enfoque de identidad de género, que no sea dependiente de los líderes y que sea apoyado en términos normativos y presupuestarios, parecieran ser los aspectos percibidos como relevantes cuando se habla de marcos legislativos.

La ley de derechos y deberes le falta, le falta porque esta ley está publicada como ámbito general. Si bien menciona la autonomía, comité de ética, la información clara a los usuarios, tiene varias aristas, pero específicamente a niños, como que si englobara al usuario niño, siento que le falta, siento que debería haber un aspecto al menos para menores de edad, más específico (P7).

Queda en evidencia que el marco normativo es insuficiente y desactualizado cuando se habla de atención de salud para personas trans, si bien se ha abierto a la promoción y bienestar, su carácter generalizado no aborda la complejidad del sistema, por lo que la descentralización, la autonomía y voluntad de los Servicios de Salud juegan un rol preponderante para que este tipo de programas puedan desarrollarse.

2. Dimensión de capacidades de gestión

El Programa de Identidad de Género, acompañamiento a personas trans del Centro de Responsabilidad de especialidades ambulatorias y mixtas del Complejo Hospitalario Sótero del Río, tiene como objetivo general *“Generar una red de atención de salud para las personas trans, mediante la implementación de un Programa de Acompañamiento que permita brindar apoyo a niños, niñas, adolescentes, adultos y sus familias, otorgando las prestaciones correspondientes requeridas para el proceso de tránsito”*.

Este programa se llama de acompañamiento para el tránsito, porque no está enfocado en evitar el tránsito, sino de acompañar en el tránsito, siempre y cuando sea efectivamente tránsito que deben y quieren llevar (P7).

Este objetivo es relevante en términos de política pública. Primero, porque ocupa un lenguaje no patologizante y que no busca el tratamiento per se, si no el acompañamiento de la personas trans. Segundo, considera a la población trans de distintos grupos etarios, como a sus familias, por lo que brinda un enfoque más integral. Tercero, habla de un proceso de tránsito, que si bien no es el objetivo final de todas las personas trans, habla ampliamente, lo que permite un entendimiento de que requieren prestaciones para el proceso, contribuyendo también a un lenguaje no patologizante. Esto genera un precedente, ya que desde el Ministerio de Salud sólo se ha establecido la Guía Clínica y Circulares N°34 y 21 en relación a la atención de personas trans.

En medicina, lo que uno hace es trabajar en base a guías clínicas que pueden ser internacionales o nacionales y, para eso, existen guías. La última que se publicó fue en septiembre del año pasado [2017], que es de Endocrine Society (...) y en base a esas guías nosotros trabajamos, son guías clínicas, no existe una norma legal que diga cuál es el tratamiento ni como uno tiene que hacerlo, eso no se hace así (P9).

Para la creación de un programa nuevo como el de Identidad de Género, con los documentos antes mencionados, parece un desafío más que la respuesta a una solicitud implícita. Lo que conlleva a que la creación del programa destinado al acompañamiento de persona trans, sin necesariamente buscar una readecuación corporal, trabaja sin punto de encuentro con una normativa que no constituye una exigencia real de implementación. Sin embargo, estas normativas, con carencias de delimitaciones, quizás permitiría situar a la creación de programas por profesionales como una política pública sectorizada y asociada a su contexto.

La circular, con la cual se desarrolló este programa, que indica cuáles son los integrantes del equipo, cuáles son las prestaciones que se entregan, cuáles son los medicamentos que se pueden otorgar a los pacientes. Es una circular con la cual se desarrolló este programa, pero no es, no sé si eso se puede llamar que es una norma legal, sino que es un instrumento del servicio de salud (P9).

En términos de gestación de un programa, el acompañamiento de personas requiere un articulación de voluntades, de jefaturas y profesionales, un proceso percibido como gradual.

Fue un gran número de personas a las jornadas de sensibilización que se hicieron aquí en el auditorio del hospital. Entonces, ahí empezaron a ver que el tema [trans] tenía hartito interés y, bueno, él dijo ¿Qué hay acá? ¿Qué se está haciendo? Y, bueno, la verdad no se estaba haciendo nada al respecto, porque lo que se había intentado anteriormente que era en el programa de infectología de hacer, era como conseguir horas, pero en base a la voluntad de los profesionales que estaban, no sé, el endocrino o de alguna matrona, pero era como casi pidiendo por favor, no había nada establecido, ningún protocolo de atención para las personas trans. Entonces, él vio que había gente que, además, ya tenía experiencia en el trabajo con personas trans o que le interesaba el tema. Entonces, ahí él se empezó a reunir con distintos profesionales de acá y empezó a formar reuniones de trabajo en torno a la temática y se fue formando un equipo. Él no le dijo a nadie así como “ya, usted tiene que trabajar en este programa”, si no que él fue como invitando gente (P6).

En el proceso de la elaboración de una política pública no se establecen planificaciones, como tampoco se perciben lineamientos concretos previos ni acciones coordinadas (Olavarria, 2007), parece más bien una ventana de oportunidad de líderes, profesionales interesados y una demanda de servicio.

Nosotros dijimos aquí nos vamos a lanzar a la piscina con lo que tenemos, no vamos a tener esperar a tenerlo todo (...) y nos tiramos a la piscina, empezamos a definir un protocolo con lo que teníamos (P3).

Tanto en la experiencia vivida por el Hospital Sótero del Río, como también el Hospital Van Buren, las percepciones de una innovación disruptiva de estas prestaciones.

El policlínico de acá el hospital Van Buren podría decirse que tenía el precedente del doctor McMillan, que operaba acá hace mucho tiempo, pero no, el resto del personal no tenía como contacto con las personas trans ni entendía mucho tampoco de identidad de género. Entonces, una vez que nosotros armamos el proyecto, se lo presentamos y se logra implementar. Partimos del día cero con ningún paciente y tampoco a nadie le avisaron que llegamos (P11).

2.1. Análisis de la gestión sanitaria

Los profesionales que participan en el programa concuerdan a algunas funciones establecidas en la Vía Clínica, como el tratamiento hormonal y posterior tratamiento quirúrgico. Si bien se requieren especialidades para llevar a cabo ciertas prestaciones, el

conocimiento de la identidad de género no está sujeto a todo profesional de la salud.

No tengo como un dato formal para darlo, pero también por lo que hemos preguntado no todas las Escuelas de Psicología, ni de Medicina ni de Psiquiatría abordan en profundidad estos temas (P2).

Esto conlleva que los profesionales participantes no solo dispongan de las especialidades necesarias para las prestaciones, si no que también debieran capacitarse en temas de identidad de género, porque la percepción es que no existe una formación desde pregrado en la temática de identidad de género.

Todos los que partimos en el Programa, ninguno era experto en el tema. Entonces, estamos en un conocimiento permanente de aprender un montón de cosas nuevas (P4).

Esta capacitación en una temática implica responder a una demanda que no solo articula un programa que requiere una constante revisión para responder, sino que desde los mismos profesionales deben estar ocupando, aparte de las horas de atención, tiempo en formarse en el área para ser resolutivos.

No hemos parado de salir en la prensa, en todos los reportajes que ha habido (...). Acá la gente cuando vio que acá tenía ribetes comunicacionales potentes, (...) se empezaron a subir al carro, que son los innovadores tardíos, que se suben después de que se pasan los sinsabores del emprendimiento (P3).

Las motivaciones de participación en el programa parecieran ser diversas, pero la ausencia de acotaciones en relación al salario, hace evidente que las motivaciones no son por incentivos monetarios.

Equipos de salud de los programas

El trabajo interdisciplinario dispuesto en su Programa (ver Anexo N°8) abarca profesionales de las áreas psicosocial, endocrinológica y quirúrgica, de forma oficial, pues en la realidad se encuentran trabajando activamente sólo algunos de los profesionales y existen otros, no incluidos, que han realizado prestaciones desde su lanzamiento. Esta permanencia y/o inclusión desde febrero podría estar dado, porque la creación del protocolo era requerido para la emisión de la Resolución por parte del Servicio de Salud, previa a un cambio de las autoridades, como también por la insolvencia de un programa que surge desde el Complejo Hospitalario.

El equipo no fue seleccionado, sino que invitado a participar del programa, donde ellos dispusieron de sus horas para llevar a cabo la atención.

Tú tienes que trabajar con gente que se apasione con el programa, que quiera innovar y que no ponga trabas (P3).

Por una parte es posible establecer que la autoselección y motivación son características de los profesionales participantes, pero por otro lado, en términos de gestión, nos encontramos con profesionales que están realizando funciones por las que no fueron contratados primeramente.

Hay mucha gente interesada en aumentar su carga de trabajo, en su horario, ¿Me entiendes? Es una cosa destacable, es una cosa crítica, por un lado, que tenemos varios espacios que la gente puede dar más de lo que se está dando, que eso no se mide con la rigurosidad con lo que uno debiera y que hay gente disponible apasionarse por un tema, dejarse seducir, que es la clave del éxito (P3).

Este uso de horas, que no fueron consideradas contractualmente, refleja un problema latente en la atención pública. Para los profesionales, les permite flexibilizar su agenda y atender población que les podría parecer más interesante desde su área de *expertise* pero para los usuarios que no son trans y que requiere de alguno de estos profesionales, los que no fueron reemplazados en su labor ni aumentaron sus horas, se encuentran con un problema en la efectividad del sistema. La demanda aumenta, por parte de las personas trans, y se agrega a la demanda fija previa de otras necesidades en salud.

Por ejemplo, la trabajadora social tiene que ver todo lo que es VIH y, además, ve identidad de género; los endocrinólogos ven todas las patologías endocrinológicas e identidad de género. Entonces, no es como un equipo exclusivo para el programa o que se tiene horas protegidas ni nada, es como sobre la misma y eso también ha recargado mucho los equipos. Entonces, claramente no son suficientes para la cantidad de gente que ha ido ingresando (P5).

Esta demanda agregada, sumada a la desestimación previa de la población objetivo, podría causar una ineficiencia en el sistema si no se generan Resoluciones que no solo respalden el programa, si no que permitan que este se financie con horas de profesional.

Lo que a mí me preocupa un poco más que el número de profesionales, es que son profesionales a los que no les están dando una hora extra para que se dediquen a esto. O sea, tienen que dentro de su agenda compatibilizarlo con el poli de trans. Eso me hace un poquito de ruido, porque eso obviamente va a amenazar un poquito a futuro la permanencia de ese profesional en el Programa. Probablemente, como están partiendo, lo están haciendo así como un piloto y, eventualmente, mientras se crea la necesidad van a surgir cargos y horas destinadas sólo a eso (P12).

La continuidad del Programa es vulnerable, por la sobrecarga a la que se exponen sus profesionales, como también por la dependencia de las voluntades en las que recae. La motivación de sus integrantes ha sido valioso para la generación de un Programa innovador, pero podría convertirse en una amenaza si no existe un apoyo institucional real.

2.2. Análisis de la gestión presupuestaria

Desde el Servicio de Salud Sur Oriente se generaron recursos financieros para la realización, o el puntapié inicial, del Programa de Identidad de Género. Esto es un hito relevante que difiere de la experiencia que ha tenido el Hospital Van Buren.

Este programa siempre ha estado mal implementado. O sea, lo correcto sería que el Servicio de Salud aprobara un proyecto de financiamiento que respalde al policlínico y eso, todavía tres años después, no existe. Siempre hemos tenido un funcionamiento irregular, a pesar de que tenemos una Resolución de que existan policlínicos, de que puede trabajar, tenemos más de 200 pacientes, pero aun así es irregular y eso, obviamente, que afecta los financiamientos y en los recursos humanos y en muchas cosas, porque siempre ha sido un favor, más que algo gestionado de la manera correcta (P11).

La necesidad de contar con un presupuesto formal pareciera obvio cuando un Programa se encuentra en funcionamiento. Sin embargo, los respaldos a través de Resoluciones no implican necesariamente un amparo financiero.

La directriz del Ministerio que en el fondo respalde, porque a nosotros [CHSR] nos llegó después de que hicimos la ceremonia de lanzamiento en enero. Llegó un documento recordando las Circulares y aprovechando de respaldar las iniciativas de los hospitales que estaban trabajando en este tema, pero fue eso no más, pero nosotros necesitamos plata. No necesitamos solamente el respaldo (P5).

En el CHSR establecieron el financiamiento de lo que consideraron sería el primer año de marcha, a través de un compromiso con el Servicio de Salud, no el Ministerio de Salud.

Negociamos con el Servicio y logramos que lo financiaran, con el acuerdo de que eso fuera, ellos nos compraban los medicamentos para un año y el Sótero se comprometía a después del año a incorporarlos en su arsenal (P3).

Pero este financiamiento se limita a tratamientos hormonales, dos de los objetivos específicos del programa (“Asegurar acceso a tratamiento hormonal a niños, niñas y adolescentes trans, para el bloqueo del desarrollo de las características sexuales secundarias” y “Asegurar acceso a tratamiento hormonal a las personas trans, según sus necesidades, a partir de los 18 años”), pero el objetivo que incluye el acceso a abordaje quirúrgico (“Generar las derivaciones correspondientes a establecimientos hospitalarios, para el abordaje quirúrgico de aquellas personas que lo requieren, en caso de no poder resolver esta área, a nivel local”) queda fuera de este financiamiento negociado.

Para asegurar la continuidad de las terapias hormonales, faltan recursos siempre. Bueno, para los temas quirúrgicos, siempre las prioridades acá en el ámbito quirúrgico son las urgencias, los problemas GES. La verdad es que estos programas no tienen prioridad. Entonces, es difícil conseguir recursos de ese tipo. Por ejemplo, en términos de pabellón, insumos, el equipo

médico, anestesista y todo lo que implican estas cirugías que son súper largas. Entonces, en ese sentido siempre van a faltar recursos (P4).

Para el Hospital Van Buren, por otro lado, no ha habido un respaldo financiero, por lo que las prestaciones farmacológicas han sido extraídas del stock del hospital, lo que conlleva a la utilización de un recurso que implicará una ineficiencia, más temprano que tarde. La desestimación de personas trans que requieren bloqueo u hormonas, podría prontamente generar una pugna de las poblaciones destinatarias de esos medicamentos.

Las gestiones son pésimas y eso es lo que más dificulta el funcionamiento del programa que, habitualmente, o se queda sin hormonas o restringen los ingresos. Les pasan cosas así como muy terrible, porque nunca ha habido una correcta gestión del policlínico. O sea, de que esté implementado como debe ser, siguiendo todos los protocolos y que, lamentablemente, ni los doctores ni yo conocemos a cabalidad. Entonces, más o menos lo que nos dicen lo vamos haciendo, pero no, funcionaría mucho mejor si estuviera bien gestionado, digamos, y con el protocolo aprobado, los proyectos, los financiamientos, que todo estuviera claro (P11).

Esta demanda, al no haber sido integrada a los costos del Servicio, también genera vulnerabilidad, lo que se traduce en que los usuarios no puedan acceder de forma confiable a un tratamiento que los mismo profesionales indican.

Una guía clínica es lo que los hospitales de todo el país tienen que hacer respecto al nombre social, respecto al tratamiento hormonal, respecto a tratamiento quirúrgico, etcétera. Entonces, ahí tú te das cuenta que el Ministerio está al debe de muchas políticas públicas de cosas que se piensan en un momento hacer, que son buenas, pero que nadie monitorea y que quedan en el papel, digamos, peor también es responsabilidad de quienes estamos aquí de que ejecutemos eso (P3).

Tener que sortear los presupuestos y generar un acceso real, pareciera un problema de estos programas. Las consecuencias de no poder costear el tratamiento para que una persona trans pueda aumentar su bienestar, es un problema que alcanzará finalmente a la institución tendrá que lidiar, de una forma ambulatoria o secundaria, .

En regiones no hay nada. O sea, son 3 hospitales a nivel nacional que tienen un programa y eso es muy poco. O sea, el porcentaje de población trans que alcanza a abarcar es muy poco, el porcentaje que logra abarcar es mínimo y les queda mucho a la deriva. Una persona trans que no pueda ingresar al programa de acá, significa que va a tener que pagar un endocrino particular, que va a tener que pagar un psiquiatra particular, que va a tener que pagar una psicóloga particular, que va a tener que hacerse los exámenes de forma particular y comprarse las hormonas y todo eso ya es imposible. O sea, no hay bolsillo que aguante todo eso y se quedan sin ninguna atención o se automedican y esa es la realidad (P4).

Otras prestaciones que requieren las personas trans son brindadas por otras instituciones, como instituciones privadas, fuera de la gestión que compromete al Programa. Sin embargo, este requiere una articulación por parte del Sistema de Salud y su aseguramiento, para ligar

el acceso de prestaciones que están sujetas al sexo, para brindar una red de derivación que sea resolutive, como también responda a los derechos.

Si yo mando un hombre trans a hacerse un PAP, no se lo hace nadie, todo el mundo se ríe. Hoy día hay 200 prestaciones que en Fonasa están liberadas de codificación y, por tanto, el mundo va en esa dirección (P3).

Este tipo de prestaciones no solo requiere financiamiento, o una canasta de prestaciones liberadas, sino que también requiere una comprensión del fenómeno. Esto hace que esta articulación de la red de prestadores requiere también una unificación, que podrá ser de gran colaboración la Ley de Identidad de Género.

Cuando empezamos el programa, hay gente que le pedían examen de próstata, que se yo, que iban a la Católica y la Católica no los hace, porque hay que llevar el carnet de identidad real y eso genera todo un debate para cambiar como centro prestador la Católica (P1).

· **Vulnerabilidad del programa**

Para la continuidad de un programa de este tipo, se requiere un respaldo financiero sólido y acorde a la demanda. Ambos programas coinciden que se desestimó el número de usuarios en un principio, y si bien no es considerado – hasta el momento – un gasto en nuevos profesionales, esta vulnerabilidad recae en tres perspectivas.

La transición es algo que le permite a muchas personas resolver su vida y sentirse pleno. Entonces, no poder pagar para sentirte pleno nos parecía demasiado cruel (P11).

La primera es la fragilidad a la que se somete un programa que está sujeto a voluntades de sus profesionales y no de contrataciones, con ellas las directrices de sus funciones y horas destinadas a estas actividades, especialmente cuando la demanda va en aumento.

Ya nos ha desbordado, ya tenemos lista de espera, [el programa] se transforme en una política pública para toda la Región Metropolitana, pero sin duda para eso requerimos apoyo más formal del Ministerio, estamos en esa plena conversación (P3).

La segunda perspectivas es que junto a los líderes están ligados los paradigmas de resolución de necesidades en salud. La gestión implica reconocer que la organización pública se encuentra en el centro de un complejo entramado de intereses y expectativas que diversos actores tienen sobre ella (Olavarria, 2007). El paradigma de bienestar al que se sujeta un programa de salud trans no es necesariamente concordante para todos los profesionales que trabajan en un hospital y como los recursos siempre son escasos, parece potente considerar que el apoyo de los líderes para su continuidad.

O sea, tú te metes en el foro de La Tercera, donde salimos publicados y mucha gente decía “¿Por qué no se preocupan de los abuelitos?” Pero es un debate natural de la gente que no entiende que este también es un tema sanitario (P3).

La nueva búsqueda del bienestar y salud mental de las personas responde a una lógica de reconsideraciones continuas, donde el proceso de aproximaciones sucesivas de un objeto deseado (Lindblom, 1959, en Olavarria, 2007), como la salud, requiere perspectivas acorde al contexto temporal en que se desenvuelven los servicios de salud. A esta reorientación de los objetivos, se le suma la necesidad de una comprensión de la demanda – necesidades en la identidad de género - , que se puede someter a un juicio superficial, donde es pensado que se “desea” una transformación corporal y no representa una necesidad que podría repercutir en la opción de que esa persona continúe con su vida.

La vida de una persona no puede estar en juego según lo que te diga la jefatura, de si quiere o no quiere que siga el programa (P5).

La instalación de un programa de este tipo se aleja de una decisión técnico-racional, ya que las autoridades legítimas no buscan maximizar el bienestar social; todo lo contrario, tienen un enfoque que busca el bienestar de personas vulnerables, consideradas minorías. No cabe dentro de una mirada de *public choice* ni teoría de juegos, pues no es una elección colectiva de individuos egoístas ni racional en términos presupuestarios, sino que es una mirada con valores de equidad y con una redistribución de beneficios que no busca la eficiencia.

Por último y tercero, la ausencia de normativas y la invisibilización en los objetivos sanitarios, promueve que no sea posible brindar una inyección de recursos de forma constante para su implementación, y mientras esto no se convierta en una política pública, pareciera estar destinado a la vulnerabilidad. El Programa del Hospital Van Buren se encuentra sujeto a esto, ya que la disposición de los líderes al Programa es positiva, en el sentido que no existen restricciones en implementarlo, pero no hay un respaldo monetario para ello.

El protocolo de atención no está aprobado por nadie, el proyecto de financiamiento tampoco está aprobado todavía, entonces es un poco en el aire (P11).

Ambos programas no tienen un espacio físico exclusivo ni distintivo para la realización de las atenciones. En ambos, es necesario buscar a cada profesional en distintos pasillos, edificios y pisos. Esto podría representar una barrera de acceso para los usuarios, la carencia de un espacio concreto, amigable o que cuente con personal sensibilizado parece un recurso importante para que se genere un entrada efectiva y protegida a las prestaciones.

2.3. Análisis de la gestión de redes

La creación de un programa multidisciplinario, el que no cuenta con recursos profesionales específicos, y que tiene el objetivo de acompañamiento comprende la necesidad de un trabajo en red por parte del Servicio de Salud para que este logre cumplirse. Desde la Vía Clínica no se especifica cómo se generará el acceso prometido ni tampoco desde las Circulares, lo que hace difícil resguardar los derechos que estas prometen.

Es poca información como oficial que hay de parte del Ministerio de salud, o de guías clínicas o de educación, incluso como sobre qué cosas se deberían hacer. Por ejemplo, no hay como un flujo claro, así por ejemplo de derive acá, haga esto, esto no requiere medicamentos, esto no es necesariamente una patología; como de una visión en conjunto de cómo deberíamos tener el equipo de salud (P2).

Esta información poco concreta de parte de los documentos oficiales, ha generado que sean los servicios, con su autonomía, los que han tenido que movilizarse para poder abarcar las prestaciones establecidas en la Vía Clínica.

La visión conjunta pareciera un tema menor, pero cuando se trata del bienestar de las personas trans que recientemente se encuentran bajo una mirada menos patologizante, se hace necesario en el flujo contar con profesionales que compartan una mirada. Por una parte, tenemos a los profesionales que relatan que la atención y tratamiento es un derecho, por lo que el acceso debiera ser más simple.

Cuando yo estaba, se estaba discutiendo el tema del consentimiento informado. Se estaba discutiendo la generación de un consentimiento informado exclusivo en el fondo para ciertas intervenciones (...). En el fondo, se estaba instaurando eso como herramienta, sin embargo, junto con eso, surgió la discusión de que esas personas debían tener un pase psiquiátrico y, ahí, topamos de nuevo como en la discusión (P8).

Este pase o informe no es entendido por todo el equipo de forma pareja, lo que ha llevado a debatir el derecho a la identidad de género como tema central, pues pareciera haber etapas en que el derecho es para todos, pero se va limitando a medida que avanza hasta un etapa quirúrgica.

Un pase es como decir si está estable emocionalmente, tiene algunas dificultades en algunas áreas pero es capaz de tolerar... o sino tiene que seguir en seguimiento, acompañamiento o tiene que tener tratamiento psicológico, porque está muy deprimido o deprimida... va a depender, pero hay que ser bien explícito. Igual es un cambio importante (P7).

Por otro lado, nos encontramos con profesionales que creen que el acceso requieren barreras de entrada, especialmente cuando se establece el proceso quirúrgico.

Yo pienso que debiese haber, debiese tener, bueno, tres evaluaciones, al menos: la de trabajadora social, la de psicología y la de endocrino; y, en caso necesario, una cuarta evaluación que es psiquiatría. Y, yo creo, que para la reasignación de género si debiese existir la de psiquiatría, pero de manera permanente y lo más probable es que lo pidan así, pero yo creo que va a ser así (...). Yo creo que merece una evaluación importante, no porque uno este dudando de lo que está diciendo la persona, sino porque la persona se sienta completamente segura y acompañarlo en el proceso (P7).

Esto podría estar dado por un resguardo legal, como también por buscar “ahorrar” horas de pabellón y profesionales. Las razones pueden ser múltiples.

Solo [la solicitud de pase] para la cirugía, para el pase hormonal es solo el psicológico (...), pero todos los informes, sea para hormonas o cirugía tienen que decir que no hay contraindicaciones para que esta persona o se tome las hormonas o se opere. (...) Así son los informes, a veces piensan que es para decir si son trans o no y la verdad es que no, el informe no es para decir si son trans sino que, aunque seas trans, quizás este no es el momento ni para operarte ni para tomar hormonas y ese es el criterio médico (P11).

El “pase” podría ser una instancia que permite cuidar a la persona trans, pero cuando el pase constituye una solicitud de patologizar, ocurre una discordia en que el equipo parece especialmente sensible. La descoordinación de cuál es el objetivo de generar un informe previo a una prestación es un tema que dificulta que el flujo se brinde de forma transversal.

Lo que pasa es que la psicóloga tendría que hacer la evaluación y, ahí, hace como una especie de pase para la parte endocrinológica. Ahora, hay un poquito de discusión, porque algunos médicos endocrinólogos insisten en que ella coloque disforia de género. Entonces, esa es la discusión que tenemos, y que fue en la reunión que tuvimos en mayo. Nosotros ese tema ya lo habíamos conversado, de que no íbamos a poner disforia de género (P5).

Pareciera que el pase es solicitado con objetivos distintos. Desde endocrinología existe una demanda de tener un pase que decreta la disforia como factor previo a cualquier acción de bloqueo u hormonas, esto podría relacionarse a que frente a la carencia de normativas en el área, deben basar sus acciones en organismos internacionales. La WPATH es el organismo que de referencia en la salud trans y ellos, dentro de los flujos que recomiendan, establecen que es necesario un informe que explicita que no la persona se encuentra “estable” en otras áreas, antes de brindar cualquier indicación farmacológica (Asociación Mundial para la Salud Transgénero, 2012).

Me tocó y eso [el pase] fue un tema que alcancé a plantear muy incipientemente en el equipo de cuál iba a ser nuestra postura en cuanto a la solicitud de pases, porque en rigor, el enfoque de derechos humanos no admite o no es compatible con la generación de certificados de identidad. La idea, lo que yo alcancé como a tratar de plantear, y eso fue lo que planteé en la última reunión en la que participé, tenía que ver con que los pacientes que, por ejemplo, tuvieran patologías de salud mental, cuya evolución pudiera verse afectada por intervenciones médicas, debían recibir una educación especial para poder consentir, pero no una certificación

de identidad. Y yo, en el fondo, planteé mi postura de que yo no estaba disponible para hacer certificados de identidad (P8).

Pero desde otras áreas, como psicología, el pase es un informe, un instrumento que entrega información sobre los antecedentes clínicos, médicos y sociales, para que el siguiente profesional que lo reciba pueda utilizar la hora de forma más efectiva al no reevaluar.

Nosotros estamos trabajando en conjunto con la gente del Sótero y lo que hacemos es que la asistente social y la psicóloga me mandan un informe, porque hay muchas cosas que yo no conozco, no manejo. Entonces, es súper importante ese informe que ellas me mandan, porque me mandan cual es el contexto del paciente, desde que edad empezó a ver esta incongruencia de género, si es que ha habido o no habido tránsito social,(...) eso es muy útil para mí, porque yo me puedo poner en contexto de cuál es la situación (P9).

Además, el pase también es requerido y llamado como tal cuando se trata de acompañar a menores de edad, donde también es posible observar discordancias en relación a cómo se abordan aquellos adolescentes o infantes que tienen o no el apoyo de sus tutores legales o padres.

Es que, creo que, ahora el último niño que vi tiene 13 años, no es chiquitito. Ahora, creo que la responsabilidad en ese sentido son los papás, los papás en realidad son los que dan el pase, en ese sentido, porque ¿uno qué da? Una evaluación en el adulto, el adulto toma su decisión, pero en el menor de edad, finalmente, es el papá quien te da el permiso (P7).

La utilización del término pareciera ser relevante como verificación, previa a la acción. El temor aparente pareciera ser la razón de esta operación, temor a generar acciones en un terreno que es desconocido para la mayoría de los profesionales; esto podría deberse a que ellos se autoidentifican como especialistas en su área, pero no en la temática de identidad de género. Este contraste de conocimientos, finalmente, genera disparidad en la visión que se tiene del programa y el alcance de las acciones que este puede generar.

Uno de mis roles en el programa es acompañar la toma de decisiones bien informados, con o sin consentimiento de los papás. Idealmente, con el consentimiento de los papás (...), pero cuando eso no pasa, cuando hay vulneración de derechos o cuando hay violencia yo soy implacable, a tribunales (P11).

Acciones de los profesionales

Las acciones que puede llevar a cabo un profesional son múltiples, especialmente cuando se encuentra un Programa en constante adaptación, pero esto también afecta el flujograma preliminarmente dispuesto, ya que muchas veces es necesario recurrir a acciones legales para garantizar derechos.

Esta visión distinta y controversial podría relacionarse a una gestión parcializada, donde los profesionales primero no comparten un espacio físico, no pertenecen necesariamente a la misma unidad ni hospital y, pese a que los liderazgos son potentes, como el trabajo es más bien basado en voluntades, no hay imposición de visiones ni mucho menos una selección de profesionales con una visión similar. Por otro lado, se ha estudiado ampliamente la resistencia al cambio en servicios públicos, el Hospital Sótero del Río partió entregando indicaciones de tratamiento hormonal, previo a que existiera en formalidad el programa, y los endocrinólogos, como otros profesionales, trabajaban de forma aislada. Esta historia también podría repercutir en como se desenvuelven estas dinámicas.

Los endocrinos igual estaban acostumbrados a pedir informes, ya sea, psicológicos o psiquiátricos o pedir un documento, algo que acreditara que la persona tenía disforia de género o si era una persona trans, porque ellos igual lo que necesitan es resguardarse un poco, porque están dando una terapia hormonal que tiene efectos secundarios, que tiene algunas cosas que pueden ser irreversibles. Entonces, ahí nos costó un poco cambiar el modelo que tenían de esto de los certificados psiquiátricos sobre todo, que no corresponde bajo ningún punto de vista, a no ser que la persona esté cursando algún cuadro de salud mental, pero que no fuera un conducto regular tener este informe. Entonces, ahí nos costó un poco ponernos de acuerdo en cómo iban a ser esos flujogramas dentro del equipo (P4).

· **Vía de ingreso al programa**

En relación al diagrama (ver Imagen N°10), dispuesto por el Programa del Hospital Sótero del Río, la entrada a este se realiza a través de una pesquisa, lenguaje patologizante que se condice con el objetivo del Programa, como también que está realizado solo para la población mayor de 18 años. La entrada al programa puede ser en distintos niveles, primario, secundario o dispositivos de salud mental, antes de la primera acogida; pero en la práctica son consideradas también otras opciones.

Tenemos varias vías de acceso, lo dejamos como súper abierto y yo creo que ese ha sido como el plus que tiene el Programa, porque si bien, hay una derivación desde APS, que es lo menos, también abrimos la puerta de que pudieran ser derivados desde otro establecimiento (...). Dejamos la puerta abierta para la demanda espontánea (P5).

La puerta de entrada ha sido expuesta también a otras instituciones que no son necesariamente del área de la salud, pero tienen clara relación con otros contextos con en los que se desenvuelve la población objetivo. Tanto el Sótero del Río como el Van Buren concuerdan en la flexibilidad en que debe darse este proceso.

Hacemos un ingreso espontáneo, que lo hacemos acá, pero ellos si tienen que mandar su ficha y todo ordenadito, como la vía de derivación que ellos tengan. De repente, no sé, son programas de derivación de maltrato, como distintas ONG y organismos (P11).

Este proceso, en el sistema público de atención, está normado en términos de complejidad, es decir, el nivel primario de atención implica atención ambulatoria no de especialidad y que presta acciones que van dirigidas a la prevención y promoción. El nivel secundario, donde se encuentran insertos los hospitales, implica el tratamiento y curación de enfermedades, por lo que también cuenta con profesionales especialistas. Esto implica que muchas veces estos dos niveles deban interrelacionarse cuando se habla de población trans, tanto por la visión patologizante que aún se alberga y porque las prestaciones que pueden brindárseles recaen en ambos niveles de complejidad.

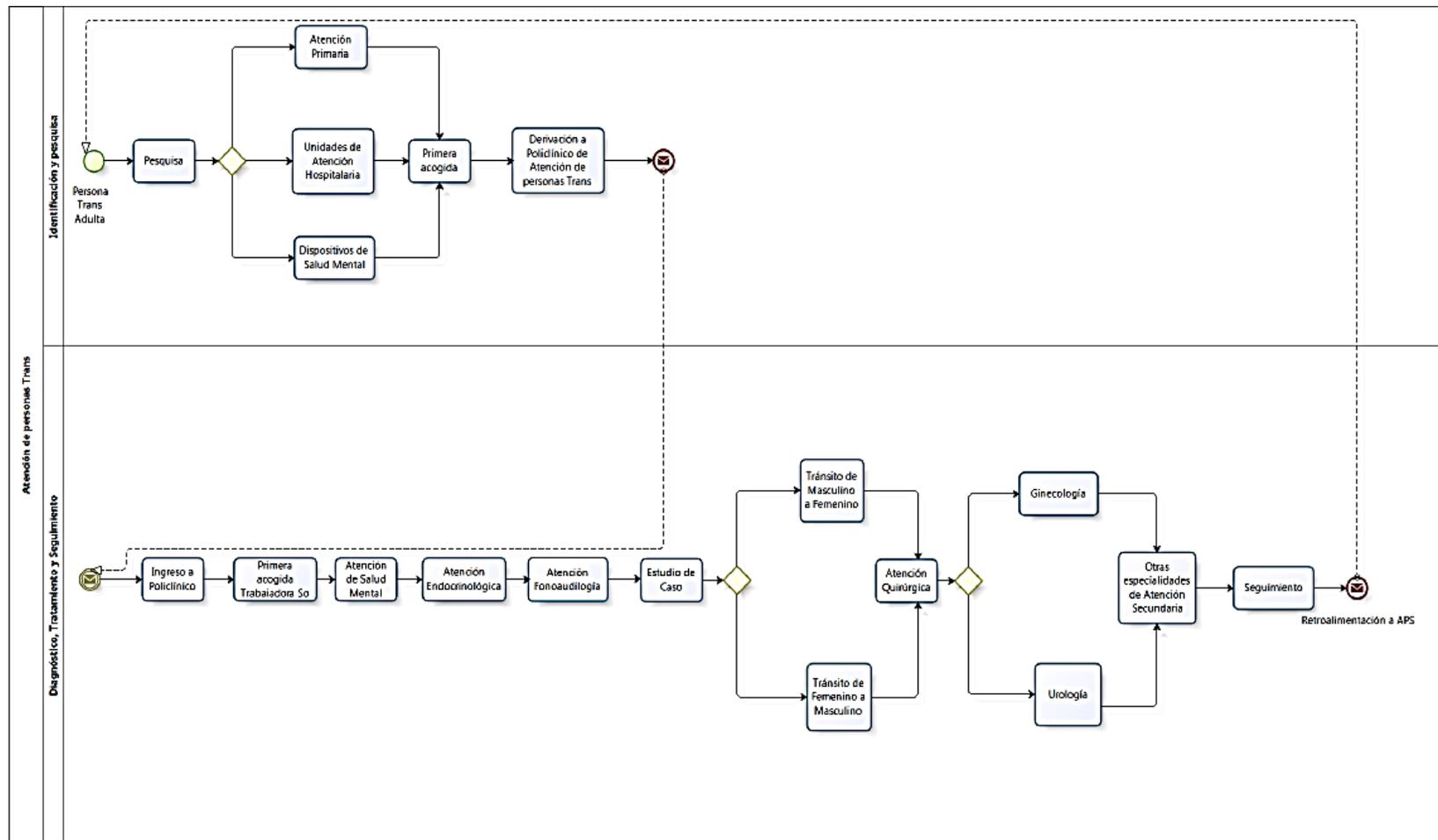
Frente a esta disparidad de visiones, prestaciones y objetivos, los flujogramas se vuelven un tema de discusión para quienes lideran estos programas.

La dificultad que tenemos es que, yo creo, que podría ser más fácil el acceso. Generalmente, como por la estructura propia del sistema de salud, que hay que pasar por atención primaria, después hay que pasar por atención secundaria o terciaria. De repente, el flujo puede ser un poco lento y se entiende también que, con temas tan personales como la identidad de género, muchas familias no van a querer conversar con un médico primero o psicólogo de atención primaria y después pasar a un programa secundario. (...) Entonces, ya hacer toda una vuelta de que pase primero por atención primaria y, luego nivel secundario, ya es para algunas familias un poco engorroso (P2).

A esta burocracia del sistema se le suma la necesidad de una información transversal, es decir, que profesionales que puedan derivar desde atención primaria y de otras unidades de niveles secundarios, conozcan el programa y las particularidades de su ingreso, como las interconsultas o flujograma.

Hay buenas iniciativas, pero de nuevo la gestión como que se cae, porque no hay una buena distribución de la información (...) ese es el principal problema, así como la bajada de la información no resulta mucho y eso hace que no todos hablemos el mismo lenguaje, entre los CESFAM y el hospital, que no sé cómo derivar, que no sé qué hacer. Entonces eso muchas veces atasca algo que podría ser mucho más fluido (P11).

Imagen N°11: Diagrama de atención de Adultos del Policlínico de Identidad de Género



FUENTE: Gentileza de la jefatura del CDT, Complejo Hospitalario Sótero del Río

El diagrama del programa de atención del CAHSR presentado refleja el flujo que se genera durante las prestaciones a los usuarios del servicio. Las prestaciones de hora profesional han tenido que ser satisfechas por un negociaciones intersectoriales y disposiciones para ceder horas. Si bien ha sido el Hospital Sótero del Río quien ha creado y liderado el programa, el respaldo del Servicio de Salud también ha considerado generar redes para generar acceso.

Esto ya está desbordado y esto requiere control cada tres meses. Por ejemplo, en el ámbito endocrinológico y como es una política del servicio, conversamos con los endocrinos del Hospital Padre Hurtado, para que ellos empiecen a ver las personas trans de las comunas de ese hospital (...) y en el Hospital de La Florida nos están viendo, desde el punto de vista hormonal, a los niños más chicos que están en el programa (P3).

Este trabajo en red, sin un respaldo desde normativas institucionales y recursos, genera que las derivaciones y flujogramas nuevamente recaigan en un tema de voluntades.

Yo por lo menos acá en el Hospital [La Florida], cuando planteé la opción de recibir a los pacientes que eran del Sótero como los de acá de La Florida, que son todos del área Sur-Oriente, la verdad es que tuve bastante buena acogida desde mi jefatura. No tuve ningún problema, tuvimos que organizar un poco los horarios, pero tuve una buena instancia de poder presentar cual era el proyecto y poder realizarlo (P9).

Estos flujogramas, que requiere una coordinación extrahospitalaria implica otras dificultades de gestión. Para una coherencia en el Programa es necesario una comunicación fluida, la que permita que los objetivos se cumplan para las personas trans.

Nosotros después de varias reuniones fuimos formando nuestro propio flujograma, nuestras propias líneas de acción y claro, conocíamos como trabajaban los otros programas, pero nosotros quisimos según lo que íbamos analizando, hacer nuestra propia línea de acción (P4).

Para el HVB y su programa infanto-juvenil, también es relevante las reuniones, pero al igual que su Programa original y el del Sótero del Río, no existe una obligación constante de que esto se realice.

Nosotros [profesionales del HVB] hemos tenido reuniones. Ahora, como aún no nos conformamos como un programa en específico, tenemos reuniones a necesidad, ya en el fondo, como para conversar un poco sobre los flujos, también como ellos primero atendían (P2).

La información que debe darse a conocer para que el Programa garantice el acceso a toda la población trans que se puede atender en las comunas que le corresponde al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, implica una sensibilización importante que transforma el trabajo en red a un trabajo intersectorial.

Todavía hay poca consciencia y hemos estado trabajando en eso de parte de atención primaria y desde los colegios, de que existe la posibilidad y que deben ser visibilizados los niños con

dudas de su identidad de género o, derechamente, una identidad transgénero. Entonces, mucha gente por desconocimiento de que existe el programa o que se están dando las atenciones, simplemente no deriva (P2).

Esta sensibilización ha requerido que las gestiones se amplíen, considerando los contextos en que se desenvuelven las personas trans, como también un trabajo que requiere coordinación entre los mismos profesionales.

Todos tenemos el trabajo de la dupla sicosocial, la intervención social que tiene determinadas figuras, activación de redes, detectar las redes familiares, comunitarias, laborales, educativas e intervenir en cada una de ellas (P3).

El trabajo en red requiere ampliar las lógicas institucionalizadas, no solo considerando las áreas de salud y no solamente para el ingreso al Programa, si no también las intervenciones han tenido que flexibilizarse entendiendo que las personas trans se despliegan en contextos distintos, por lo que requieren un acompañamiento que sale del contexto de salud.

Hemos tenido ahí un trabajo bien de cerca con los colegios, hemos ido a colegios a hacer capacitaciones cuando los directores están un poco reticentes, hemos ido a reuniones también con los equipos educacionales de colegios de niños que se atienden acá (P4).

Acompañamiento en el tránsito

El impacto del acompañamiento para lograr su potencial y bienestar implica extraerse de estas lógicas parciales en que una persona trans se desenvuelve.

El Hotel Valle Nevado tiene una política de en el ambiente de la diversidad y ellos contratan personas trans, y nosotros queremos meter a nuestras personas, que nos han pedido trabajo en esa línea, estamos en esas conversaciones (...) para incorporar a personas trans en sus equipos de trabajo, que también no es un rol nuestro como hospital, pero sí es nuestro deber articular todas las redes que puedan potenciarse al respecto, digamos (P3).

Este rol articulador, si bien no está explicitado en las funciones u objetivos del Programa, pareciera estar implícito en el rol de acompañar en el tránsito.

En la entrevista de ingreso básicamente son sus datos personales, que me cuenten un poco su historia, les presento también el programa, las prestaciones que hay, las prestaciones que no hay, vemos si hay algún tema de índole social (...). En fin, también, derivamos a las instancias que correspondan para que puedan hacer su trámite de cambio de nombre y sexo en la cédula, también les hago esa consejería en el ingreso y también trato de vincularlos con grupos de pares de distintas organizaciones y fundaciones (P4).

En este acompañamiento integral, los programas de ambos hospitales han debido generar redes con organizaciones que tiene como participantes personas trans, con el fin de vincular otras acciones que las prestaciones dentro del Programa no logran. La organización

extrahospitalaria de apoyo dependerá de los vínculos y zonas geográficas en las que se encuentra inserto el programa, como en el caso de la Región Metropolitana:

Es una de las organizaciones más importantes que hay [Organizando Trans Diversidades – OTD], en términos de trabajo con personas trans, hacen hartos talleres, muchas actividades, consejerías. Entonces, nosotros derivamos a gran parte de nuestros usuarios y usuarias para allá y a su vez ellos también nos derivan mucho para acá, nos apoyan mucho en las capacitaciones y tenemos un trabajo bien fuerte con OTD. También hemos trabajado harto con Andrés Rivera, que es de la Fundación Renaciendo, hemos trabajado con la psicóloga del MOVILH que se llama Jessica Ruiz, hemos tenido hartos casos en conjunto. Con fundación, no tanto con Fundación Selenna y Transitar, pero Juntos Contigo igual nos ha derivado algunos casos (P4).

En el caso de Valparaíso, el Policlínico de Identidad de Género:

Fundación Renaciendo, fue un apoyo súper importante, que es un grupo de apoyo, porque ellos tomaron los encuentros de adolescentes, niños y niñas, (...); la Municipalidad de Valparaíso también se sumó ahora con la oficina de diversidades y disidencias (...); y otras fundaciones también de apoyo de pares de repente que ahora se llama Selenna, pero antes se llama Transitar, también hacía derivaciones (P11).

Estas derivaciones por parte del Programa se vuelve una simbiosis, donde tanto los programas como organizaciones disponen del otro. Esto pareciera relevante de incorporar de forma más institucional en un futuro flujograma, ya que los servicios que ambos prestan parecieran complementarios y necesarios para una mirada integral.

Generalmente, lo que más recibimos son interconsultas de parte de los Cesfam o de otras partes de la red, del hospital El Salvador, de acá mismo del Hospital Carlos Van Buren. Sin embargo, llegamos un acuerdo con el Servicio de salud, con que también se pudiera hacer derivación directa de, por ejemplo, desde la Fundación Renaciendo, que es una de las fundaciones que trabajan acá en la quinta región (P2).

Esta vinculación permite una mirada más integral, considera también que las personas trans requieren un acompañamiento que no es necesariamente desde la salud, si no también desde lo legal y social, lo que tiene sentido cuando la perspectiva no es de patología. El cambio de nombre, previa a la promulgación de la Ley era una de las necesidades recurrentes de estas personas y probablemente lo siga siendo, por lo que derivar a redes que puedan prestar asistencia parece ser congruente con el acompañamiento.

En general, los derivo a la OTD [Organizando Trans Diversidades], porque en la OTD les hace también esta consejería y los deriva a la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y ahí es donde va la mayoría de la gente, porque ahí es gratuito (P4).

La participación de la sociedad civil es importante para la implementación de una política pública, pero en este caso, la sociedad civil ha tenido que constituir un diálogo entre las

organizaciones trans como los programas de atención. Este fenómeno resulta interesante, porque forma una tríada de vinculación, que mientras no se institucionalicen las prestaciones, permite una retroalimentación entre las partes que puede generar un modelo de atención que responde de forma activa a las necesidades de las personas trans.

Creo que este ha sido uno de los lugares donde más espacio se les ha dado creo a escuchar vocerías de organizaciones de la sociedad civil en ese sentido. Se le ha dado importancia, se le ha dado un lugar donde lo que se aporta desde ellos también no es sólo por escucharlos, si no que se han adoptado efectivamente orientaciones, se han adoptado efectivamente las directrices que han surgido de esas reuniones digamos (P8).

El vínculo beneficia a los usuarios trans, ese es el objetivo descrito por ambas partes. No obstante, los límites parecieran necesarios cuando se trata de responder a las necesidades de las personas trans de forma institucional.

Obviamente las necesidades vienen de los propios pacientes, pero de los pacientes, no de los grupos activistas, porque el grupo activista generaliza mucho (...). Yo creo que hay que trabajar en paralelo junto con los grupos activistas, pero no necesariamente para los grupos activistas. O sea, obviamente es para nuestros pacientes, pero no para el grupo. Yo creo que es muy peligroso politizar algo que es para el bien de los pacientes (P12).

La politización y la preponderancia del grupo de activistas es visto como amenazante para el trabajo conjunto, donde pareciera que el punto de debate es el lenguaje, la patologización y el conocimiento especializado por ambas partes, por lo que el diálogo pareciera una estrategia necesaria, pero con difícil abordaje entre dos partes con distinto background y enfoques distintos para lo que pareciera ser un mismo objetivo: el derecho a la salud.

Entonces, tuvimos que tener esas conversaciones y en algún momento ellos querían participar de las reuniones de acá, porque decían que el trato en algunas situaciones habían sido como patologizadores y la verdad es que fuimos como filtrando. (...) Lo hemos considerado, ellos nos han apoyado un montón, en este caso la OTD, en las capacitaciones, cada vez que hemos pedido apoyo ellos siempre han estado presentes, pero no ha sido dentro del equipo tan activa la participación de ellos (P7).

Esta participación mediada por el parte del equipo pareciera tener un resultado que ha sido positivo, una alianza que permite que ambas partes interactúen con la persona trans y brinden prestaciones que permitan mejorar su salud, sin estar lejano a diferencias.

Ha sido una relación compleja, porque los activistas en particular son muy sensibles a cómo te miro, a cómo digo, cómo me patologiza y, de pronto, uno comete errores, ese tipo de errores (...) y que están, que tienen que ver con la historia de cada uno, no hay malintención, pero uno comete el error (...). Entonces, de pronto, los grupos activistas se pierden de no entender que aquí hay algo que antes no existía y le estamos dando solución a 200 personas y por algo que dijo tal persona o un profesional nuestro que no está plenamente comprometido, nos critican en conjunto el programa (P3).

3. Dimensión del rol de la niñez y adolescencia en la identidad de género

La consideración de la niñez y adolescencia es uno de los objetivos a comprender dentro del modelo de atención de salud trans. Al momento de inicio de esta tesis, se detectaron tres programas de atención trans, donde solo se trabajaba oficialmente con menores de 18 años en el Hospital Carlos Van Buren (HVB) y el Complejo Hospitalario Sótero del Río (CHSR).

Este grupo etario representa un desafío, desde cinco puntos generales extraídos en las entrevistas:

- Mirada adultocéntrica
- Desconocimiento de lo que engloba la sexualidad
- Limitación de la salud sexual
- Adolescencia como etapa de transición
- Patologización versus enfoque de derechos

Primero, los NNA que tienen una identidad de género diversa deben enfrentarse antes a una perspectiva aún adultocentrista de las políticas de estado en los que se encuentran insertos. Si bien los derechos de la infancia han sido legitimados, han quedado en un estado declarativo, por lo que sigue existiendo poca bajada a políticas y acciones, donde su participación en la toma de decisiones se encuentra limitada y acogida desde una protección que no los considera.

Para el tramo de la adolescencia, en general, nuestro sistema de salud no está diseñado con una perspectiva de adolescente, porque en el fondo los Servicios de Salud debieran ser pensados junto con ellos, respecto que viene a ser más amigables (P6).

Junto a una depreciación de la participación activa de la infancia y adolescencia en las acciones de Estado, se le suma el segundo punto, el leve o ausente abordaje de intervenciones de la identidad de género, como otras distinciones de términos en relación al desarrollo de la sexualidad.

Si bien el Control de niño sano que se enmarca en el Chile Crece Contigo tiene una mirada más integral, siempre se piensa que el tema de la identidad sexual u orientación sexual es más propio de la adolescencia. Por lo tanto, como que se obvia trabajar en ese marco de atención y luego, en la adolescencia, si bien hubo una reformulación del Control del joven sano, al menos, desde lo que sale señalado en su diseño, yo creo que está ausente y que debiera considerarse (P6).

La consideración de temáticas de sexualidad suele tener el objetivo de prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual (Gobierno de Chile, 2011), es

decir, es limitante para responder desde las estrategias de salud pública que dispone el Ministerio de Salud, lo que conlleva acciones parcializadas. Sin embargo, el desarrollo de la sexualidad y los elementos que esta considera, como la identidad, afectividad, práctica sexual, entre otros, no es un objetivo a abordar en la niñez de forma sistémica, por lo que las acciones son aisladas. Es posible ver esto en los planes diseñados por el Ministerio de Educación, Junaeb y Ministerio de Salud, donde no hay una coordinación ni potenciación de acciones, lo que genera intervenciones aisladas o, por el contrario, muchas y variadas intervenciones en educación y consejería, que no se coordinan, no hay seguimiento ni se mide su impacto.

Este enfoque dirigido a las problemáticas de embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual, invisibiliza otras temáticas presentes en la infancia, lo que se hace evidente en las Circulares dirigidas a la población trans desde el Ministerio de Salud.

Esta invisibilización, sumado al entendimiento presente en la adolescencia como un proceso y no una etapa en sí, genera un marco interpretativo que resta acciones de bienestar para una adolescencia presente. Esto también es una consecuencia de una interpretación adultocentrista, donde el adolescente posee importancia porque será adulto, no por la etapa de curso de vida actual.

En el caso de los adolescentes es mucho más crítico, porque están en la transición del mundo infantil al adulto (P6).

Esta perspectiva de tránsito a la adultez se le suma el escrutinio al que debe someterse cuando se es trans, es decir, de brindar testimonio de su vivencia de identidad de género a un adulto profesional para su verificación.

Al menos en la infancia y en la adolescencia, que los pacientes se sientan acogidos, que no se sientan solos y como bichos raros en el mundo y, eso mismo, yo creo que les va a ayudar a llegar a un buen diagnóstico y un buen tratamiento, porque hay que recordar que muchos adolescentes que tienen esta, cómo decirlo, este diagnóstico de trabajo, finalmente en la vida adulta se llega a la conclusión de que no era una disforia de género (P12).

Esta verificación, o desde la patologización de la identidad se usa el término diagnóstico, es incoherente con un trabajo con infancia trans con enfoque de derecho, y que se presenta heterogénea entre los profesionales como, por ejemplo, esta identidad pasajera tras el término de la infancia.

Los niños en general están invisibilizados en los procedimientos médicos, como están invisibilizados en todos los procedimientos judiciales, administrativos, cualquier cosa, o sea las leyes no están hechas, ninguna de estas leyes se hizo pensando en los niños, se hizo

pensando en los adultos (P1).

Para tratamientos hormonales, tanto bloqueo como utilizados para el tránsito, la legislación no se ha pronunciado ni la Vía Clínica.

Yo creo que si se considerara a los adolescentes en el diseño de las políticas públicas, desde sus inicios, yo creo que ahí sería una gran oportunidad, porque ellos tienen mucho que decir respecto de sus propias necesidades de desarrollo (P6).

La carencia de lineamientos permite que los NNA se sometan a las voluntades de los profesionales, lo que hace relevante no solo contar con un equipo de atención comprometido con los derechos de la infancia, sino también con un apoyo legal por parte de los asesores del Hospital para responder de forma integral a las dificultades que se presenten en esta atención.

3.1. Análisis de prestaciones en la infancia y adolescencia

En 1989, se establece la Convención de los Derechos de Niños y Niñas (CDN), y en 1990 es ratificada en Chile, este representa el marco legislativo nombrado por los profesionales como uno de los valores en el trabajo con niños, niñas y adolescentes (NNA). No obstante, se hace presente que existen interpretaciones dispares de la Convención como de sus principios.

A veces creo que predomina más el interés no superior del niño, sino que el interés como de la familia, como que los adultos tienen más por decisión que los propios adolescentes y ahí yo creo que puede haber un mal entendimiento de la Convención, porque si bien la Convención señala que la familia es el principal responsable del cuidado de los niños y adolescentes, lo que importa ahí, o sea, lo que no deja de estar en el centro es el propio adolescente, es el propio niño (P6).

El primer contraste relevante en la atención de infancia y adolescencia es la autonomía progresiva, este elemento es considerado en términos legales, es decir, ha sido usado cuando se ha tenido que velar por el derecho del adolescente a acceder a tratamientos, ya que la normativa actual no establece con claridad cuál es el proceso que debe seguirse con menores de 18 años en la toma de decisiones respecto a su salud, por lo que es necesario acudir a marcos legislativos que son atingentes al grupo, pero no a la temática.

Había un chico que tenía 16 años y que el papá estaba un poco ambivalente en el apoyo para que el pudiera iniciar su proceso hormonal. Entonces, ahí vimos hartos que íbamos hacer, revisamos hartos documentos, porque uno de los endocrinólogos nos dijo “si no tiene la autorización del papá, yo no voy a hacer nada”, el abogado de él iba por el mismo camino, pero según la información que nosotros encontramos no había ningún documento que dijera que

tenía que tener la autorización de los papás. Y revisando, por ejemplo, la ley de interrupción del embarazo en 3 causales, establece que las chicas mayores de 14 años pueden interrumpir su embarazo sin autorización de sus tutores legales, sino que solamente se les informa (...). Entonces, de ahí nos agarramos y en ese caso si es que no se resolvía con el apoyo del papá, íbamos a poner un recurso de protección para que se pudiera respetar la decisión que estaba tomando ese chico para que pudiera iniciar su proceso hormonal (P5).

La ley genera espacios para que los profesionales elijan el rol que desean llevar a cabo en la vida de un adolescente trans, ellos pueden escoger una perspectiva en que el tutor legal tiene preponderancia en un menor de 18 años, o puede escoger la abogacía en donde debe liderar nuevas derivaciones y prestaciones para que el NNA pueda ejercer su derecho a decidir sobre su cuerpo. Esta elección se podría resumir en que el profesional escoge actuar con un enfoque de derechos o no, lo que no ha sido determinado por el Ministerio de Salud en específico para la infancia trans, pero sí para el establecimiento de consejerías en la adolescencia cuando se habla de salud sexual (Ministerio de Salud, 2016c). Esta última normativa se mantuvo ausente en los relatos de los profesionales, como también la Circular N°15/10 atingente a la atención de los adolescentes y que permite el control sin la consideración de un adulto (Ministerio de Salud, 2016a).

Hay espacios donde la legislación permite que se trabaje con niños trans en la medida de que, por ejemplo, haya padres que son comprometidos con los procesos de transición de sus hijos y que autorizan, por ejemplo, un montón de acciones en el ámbito educativo, sanitario, incluido o lo que fuese (P1).

En el marco legal existe un vacío en relación a los tratamientos reversibles e irreversibles, como el bloqueo hormonal y tratamiento hormonal, respectivamente. Por una parte tenemos la Circular N°15/10 y la ley N°21.030 las cuales establecen que para aquellos adolescentes de 14 años y más, pueden acceder a tratamiento y aquellos que son menores de este corte, deberán tener el permiso de sus tutores legales y de no existir la autorización, es el tribunal de familia quien deberá decidir. La ley N°20.418, que regula la pastilla del día después, permite brindar la pastilla a menores de 14 años y con posterioridad solo dar aviso a sus tutores, pero no implica una barrera. Por otro lado tenemos a la nueva Ley de Identidad de Género, que también realiza el corte en esta edad, que establece que es el adolescente en cuestión el que puede elegir el adulto responsable que apoyará este tránsito. Este marco regulatorio deja a jurisdicción a los profesionales tratantes el recurso a utilizar y el consentimiento pareciera ser el mecanismo, pero el objetivo parece tener discusión.

Hay un tema ético con el uso del consentimiento informado, incluso algunos profesionales tienen un discurso de este uso del consentimiento informado como un resguardo médico-legal para el profesional, más que como una herramienta de educación y empoderamiento del

paciente, porque se supone que éticamente es el objetivo, digamos, como el espíritu de la creación, de la existencia de una normativa de consentimiento informado (P8).

La Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, N°20.584, es el marco regulatorio para el consentimiento informado y si bien su objetivo es informar, establece que debe realizarse de forma verbal a excepción de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, pero ninguno se ajusta al bloqueo ni tratamiento, ya que desde una mirada despatologizante, estas prestaciones no son de tipo terapéuticas, como tampoco invasivas. Los riesgos del bloqueo hormonal podrían estar afectos al consentimiento, y de ser así, a los adolescentes habría que categorizarlos como “pacientes que no se encuentran en condiciones de expresar su voluntad” para que sea necesario que sus tutores firmen por ellos, sumado a que el asentimiento no está establecido en esta ley (Ministerio de la Salud, 2012).

Ahí tiene que venir el menor de edad con un adulto responsable que puede ser la mamá o el papá, quien tenga su cuidado personal o si está institucionalizado tiene que venir acompañado de la dupla psicosocial, ahí depende de cada caso, pero sí tiene que firmar el adulto responsable un consentimiento informado si es menor de 18 años. Si es mayor no se pide ningún tipo de autorización, pero sí ojalá alguien que los acompañe (P4).

Esta etapa, la adolescencia, requiere una atención diferenciada por sus procesos psicosociales como también por su proceso fisiológico, como es la pubertad. Este proceso biológico tiene el objetivo de generar seres reproductores y con ello se genera la aparición de caracteres sexuales secundarios (Programa de Educación Sexual CESOLAA, 2018), es decir, cambios físicos (ensanchamiento de caderas, aumento de mamas, pene y testículos, aparición de vellos y el comienzo de ciclos reproductivos para el sexo femenino y la polución nocturna en el sexo masculino) que acrecientan las diferencias sexuales, lo que se ha relacionado con un punto álgido de disforia (Vrouenraets et al., 2015) y, con ella, la necesidad de acciones específicas para evitarlos (Olson-Kennedy et al., 2016a).

La adolescencia, específicamente, no solo es una etapa relevante a considerar para el riesgo de disforia, si no una oportunidad para que este adolescente pueda explorar su identidad, por lo que los equipos pueden brindar como prestación el bloqueo hormonal como una etapa inicial antes de transitar al género deseado.

En ese sentido la mayoría de los adolescentes sin comorbilidades serias ya al entrar a la pubertad empiezan a tener, en el fondo, por las etapas del desarrollo cognitivo, la etapa de operaciones formales, ya empiezan a tener como mayor posibilidad de razonar abstractamente sobre los cambios sobre su cuerpo y lo que significan para él, en ese sentido permitimos que como también en base a las guías que tenemos que inicie la pubertad, ojalá que haya un

bloqueo ahí y que el joven que va a estar desarrollando un pensamiento más abstracto pueda explorar como sus creencias, y en eso también lo fomentamos en los controles de salud mental, de ver qué significan los cambios que van a sufrir para su cuerpo, si puede tolerarlos con ellos, si eso afecta o no, su identidad de género (P2).

El bloqueo, una pausa en el desarrollo puberal, permite que el adolescente pueda indagar sobre su identidad sin tener la urgencia de los cambios físicos. Los cambios típicos de la adolescencia en una persona trans podrían generar disforia, por lo que la acción del bloqueo hormonal parece pertinente y es reversible, es decir, que permite posteriormente continuar con su desarrollo según sexo asignado al nacer sin consecuencias, si así lo desea. La no realización de bloqueo genera que se desarrollen las características sexuales secundarias, las que son irreversibles y que muchas personas trans, en su adultez buscan, mediante cirugías y tratamiento, revertirlas para disminuir su disforia y/o aumentar su bienestar.

La pubertad es un punto que genera un antes y un después en la vida de un adolescente trans, lo que desafía la concreción de los derechos de la infancia en la toma de decisiones en salud por parte de estos menores de edad.

Los niños debieran tener capacidad jurídica, (...) el poder que tiene una persona de tener derechos y poder ejercerlos, esa es la capacidad jurídica y una disfuncionalidad cognitiva, física o tu estado de desarrollo, tu edad, no pudiese ser por sí solo una razón para privar a una persona para de ser titular de derechos y poder ejercerlos; (...) son titulares de derecho y todo es la gracia de la Convención que son titulares de derechos, y que tiene algo que decir de cómo lo ejercen (...). Entonces, importan sus decisiones, importa su libertad, pero también importa su bienestar y eso hace que los tratemos de una manera sui generis cuando tiene que ver con sus decisiones (P1).

El enfoque de derechos en relación a la infancia suele relacionarse con la toma decisiones, pero también en la atención existen otros derechos que son pertinentes.

Cuando uno habla desde el enfoque de derecho de la niñez también tiene que ver con respecto a la toma de decisión de los propios sujetos para el ejercicio de sus derechos (P6).

La perspectiva protectora que se toma cuando se habla de la infancia y adolescencia podría perjudicar a este grupo, al privarlos de esta prestación ya sea por los cuidadores como por el equipo endocrinológico, por lo que el rol que toman los profesionales frente al proceso decisional podría representar una oportunidad o una barrera para el bienestar del NNA.

Lo que pasa es que en los niños no se hace tratamiento irreversible, el bloqueo, la endocrinóloga lo indica más o menos como a los 10 años, pero depende del desarrollo de cada niño y claro, depende de la evaluación que ella hace y es con la autorización de los papás (P5).

Pese a los riesgos predecibles y manejables que representa el bloqueo (Mayo Clinic, 2018b, 2018a), no existe un consenso entre los profesionales que participan en los programas sobre

que sea manejada como una alternativa obvia cuando se encuentran frente a adolescentes. El diagrama de atención (ver Imagen N°10) no considera a los NNA, por lo que no es posible visualizar el bloqueo como parte de las prestaciones viables.

Tienen que firmar un consentimiento para el inicio de hormonas, etcétera. Tienen que tener el consentimiento, puede ser de los papás o de los tribunales de familia, pero tiene que haber un consentimiento. No es que uno pueda llegar y darle bloqueo hormonal a los adolescentes (P11).

El que debiera tener la última palabra por cierto que es el adolescente (P6).

El consentimiento es un aspecto reiterado en los relatos relacionados al trato con menores de 18 años, siendo muchas veces prevalente por sobre el asentimiento y su omisión en el discurso, ambos necesarios cuando hay tratamiento en menores de edad.

Al menos hay apertura para recibirlos y tratarlos. (...) El problema que ellos mencionaban es el tema de la aceptación de los padres, que muchas veces los niños vienen, los adolescentes vienen solos, necesitan el consentimiento de un adulto para poder hacer tratamiento hormonal. Ahí hay conflicto, pero yo creo que es un grupo que está buscando todos los medios posibles para poder integrar a los adolescentes (P12).

Esta necesidad de que un adulto los acompañe, podría estar interpretado como red de apoyo, pero también desde el resguardo legal. Se hace imperante una normativa, o en su defecto circular, que establezca los límites y facultades de la atención en estos casos, especialmente, que regule con sincronía a los objetivos de disminuir el suicidio y depresión en este grupo etario.

De hecho, las recomendaciones siempre dicen que tiene que haber, cuando uno va a hacer alguna intervención médica farmacológica tiene que haber un consentimiento de parte de los padres y asentimiento también de parte de los pacientes, y eso siempre se hace, nosotros les explicamos a los pacientes los efectos y cuáles pudieran ser eventualmente los efectos adversos de los tratamientos y los padres toman una decisión informada con respecto a si se va a hacer o no se va a hacer alguna terapia (P9)

Las recomendaciones deben estar normadas, de lo contrario, los profesionales brindan prestaciones según su formación e instituciones extranjeras, esto genera acciones heterogéneas no solo en el equipo mismo, si no en las adaptaciones locales de este tipo de prestaciones,

Por supuesto que tienen que participar en el proceso [los NNA]. O sea, todas las atenciones que nosotros hacemos al niño, no solo trans, siempre es con la participación de los padres que son los representantes legales, no siempre los padres, pero algún tutor, algún adulto responsable tiene que participar en el proceso, obviamente uno no puede tomar ni una decisión si es que no hay apoyo y consentimiento de los padres (P9).

La falta de un marco regulador y la poca comprensión del grupo etario genera acciones que no son fundamentadas transversalmente, por lo que lejos de ser un desafío atender las necesidades de personas trans, se convierte en un reto de pertinencia local, cultural y valórica el actuar frente a adolescentes trans de menos o más de 14 años de edad.

Creo que una limitante es la no comprensión del desarrollo psicológico y neurobiológico, en el sentido de que está esta idea de evolución mágica de las personas cuando cumplen 18 años. Entonces, a mi parecer, creo que la principal limitante para una atención de calidad a personas menores de 18 tiene que ver con esa comprensión (...). No tiene ningún sentido lógico desde la psicología, no tiene ningún sentido lógico del desarrollo neurobiológico tampoco. Creo que eso expone también a los niños, niñas y adolescentes a ser puestos en una posición donde se duda de todo lo que dicen, se duda de la capacidad de poder comprenderse a sí mismos y eso no es compatible con el enfoque de derechos humanos (P8).

En la solicitud de consentimiento se manifiesta una preponderancia a la opinión de los padres respecto al NNA, es decir, por sobre las decisiones que podría tomar respecto a su salud. Esta relevancia es dispar, ya que otros profesionales consideran que el rol de los padres es de apoyo, como agentes relevantes en la constancia de la administración del tratamiento, es decir, que velen que se resguarde el derechos de los niños a concebir su identidad.

Lo que si resulta claro es que los temas asociados al desarrollo del bienestar de los niños y niñas trans están muy asociados a las decisiones que los padres decidan hacer respecto de su, de ese tipo de decisiones, forman parte de alguna manera del ámbito de la vida familiar y de la responsabilidad parental. (...) Los padres pueden ser factores que obstaculizan la protección de los derechos o pueden ser y, a su vez, son factores habilitadores probablemente el más importante que tienen los niños para ejercer sus derechos ellos mismos (P1).

Los padres como apoyo a la transición sería un enfoque no patologizador y que resguarda el derecho de los NNA, este enfoque no es transversal, pero debería serlo en un programa que promueve el acompañamiento.

Yo creo que un programa si es que no incorpora activamente a los padres, va a encontrar restricciones posiblemente de oposición por parte de padres o del estado, por parte de programas que se consideren que pasan a llevar decisiones que tiene, que son del ámbito parental. Entonces, un programa que prescinde de la participación de los padres en esto me parece que es un programa que puede estar condenado un poquito a fallar (P1).

Considerarlos como apoyo es estratégico, para que la inversión en prestaciones profesionales y fármacos tengan un impacto positivo en el bienestar del adolescente.

3.2. Análisis del abordaje integral en el acompañamiento

Velar exclusivamente por la identidad de género, disforia y/o transición del NNA no es suficiente cuando se trabaja con un grupo que pasa por otros procesos psicosociales. El abordaje brindado por los profesionales debe ser coherente con la etapa, las crisis normativas y no normativas en que se desenvuelve el NNA.

Poder velar porque este niño se desarrolle de manera íntegra, tanto como niño como con el fondo con sus temas de identidad de género, como de todos los otros temas que puedan surgir durante la infancia (P2).

La Vía Clínica no establece a los menores de edad como población objetivo y frente a la promulgación de la Ley de Identidad de Género que visibiliza, al menos, a los adolescentes desde los 14 años, se hace presente en el discurso el establecimiento de estrategias para aquellos que decidan transitar antes de cumplir la mayoría de edad.

Ese acompañamiento en términos de respuesta a la política pública, incluya dentro del proceso, por cierto, siempre al adolescente en el centro, pero que también vaya trabajando con la familia. Porque no es solamente un cambio, que si bien el sujeto más afectado por el cambio que va a suceder es el propio adolescente, igual es un cambio que incide desde una mirada más sistémica a todo su entorno. Por lo tanto, en la medida que se trabaje con todos los actores que están en su círculo más cercano, los propios actores van haciendo sus propios procesos, pero en beneficio del adolescente que debiera ser la principal prioridad (P6).

Esta mirada integral que requiere el abordaje con NNA, no solo debe estar enfocada en su estado del desarrollo, si no también en el entorno que los contiene, especialmente cuanto ellos no solo son cuidadores si no también ejercen el rol de abogacía en otros entornos. El tránsito representa una crisis no normativa que debe vivir la familia y el NNA, por lo que es necesario que las prestaciones consideren no solo el trabajo con el usuario, si no también su red de apoyo.

3.3. Análisis de la prestación de especialidad y atención multidisciplinaria

Las personas que atienden a NNA que tienen incongruencia con su sexo asignado al nacer debieran ser atendidos por especialistas en el trato que requiere la infancia, por lo que la destinación de profesionales en un programa que incluye diversos grupos de atención, debe considerar profesionales de forma distintiva para adultos e infancia.

Los médicos tienen que tener, además, una especialización especial para el tema de las hormonas, la etapa Tanner dónde poner las hormonas, los bloqueos, los efectos. O sea, tienen que tener un conocimiento súper específico del tema, no puede ser cualquier endocrinólogo, no

puede ser cualquier ginecólogo, tampoco puede ser cualquier psicólogo que, si bien podría atender a una persona trans, puede cometer muchos errores de buena fe, ni siquiera de mala, sino que de buena fe. Claro, si no está interiorizado en el tema puede tener muchos errores (P11).

En el Hospital Van Buren (HVB) que también atiende a distintos grupos etarios han visto que las necesidades son distintas, por lo que requieren una división del programa para un abordaje integral.

La idea es que, eventualmente, si hacemos como un equipo especializado en esto, buscar psicólogos que estén capacitados tanto en salud mental infantojuvenil como en identidad de género, ya que nos parece que el objetivo de dividir los programas es poder que no se descuide ninguna de las dos cosas. En el fondo, que entendamos que los niños son más que solo la identidad de género, al niño le van a estar pasando muchas otras cosas en su ambiente escolar, familiar, que van a requerir también un abordaje desde lo infantojuvenil, aparte de lo de género (P2).

El policlínico del HVB no fue pensado en primera instancia en la atención de menores de edad, sin embargo, frente a la demanda han considerado que la prestación a este grupo ha sido relevante de considerar.

Cuando se planteó el expandir a salud mental infantojuvenil también fue bien recepcionado, porque era una población que ya estaba solicitando atención. Entonces, vino a dar una respuesta a una solicitud de la población finalmente (P2).

El Hospital Sótero del Río, por otro lado, ha tenido que responder desde un principio a esta infancia, con alta demanda.

Tenemos 3 niños menores de 10 años y 65 de 10 a 19 [años]. Entonces, los de 10 a 19 [años] igual están siendo vistos en la parte endocrinológica (P5).

Teniendo que recurrir a la articulación de la red Sur Oriente para conceder la atención de los NNA, ya que el Hospital Sótero del Río no cuenta con endocrinólogo pediátrico para la prestación.

En el ámbito endocrinológico y como es una política del servicio, conversamos con los endocrinos del Hospital Padre Hurtado, para que ellos empiecen a ver las personas trans de las comunas de ese hospital (...) y en el Hospital de La Florida nos están viendo, desde el punto de vista hormonal, a los niños más chicos que están en el programa (P3).

3.4. Análisis de la atención de niños y niñas intersex

Las personas intersex son detectadas, en su mayoría, en el nacimiento y frente a un enfoque dicotómico del sexo, se han generado prestaciones que brindan un tratamiento normalizador de genitales. Estos pueden ser, como no ser, necesarios para el correcta operatividad de las

funciones vitales.

Si bien el programa no considera esta población como grupo objetivo en su constitución inicial, existen factores comunes bajo la definición de una incongruencia con el sexo asignado (o provocado) al nacer, especialmente, cuando aparte de genitales ambiguos, hay presencia de ambos aparatos reproductores de forma completa o parcial en el recién nacido. En estos casos, las prestaciones en la adolescencia podrían ser tratamientos hormonales y/u otras cirugías.

Hubo todo un proceso de consentimiento informado de los padres, hubo un caso de una niña adolescente que ella también consintió, o sea, asintió y bueno, ella también pedía la cirugía y en los otros dos casos eran niñas más pequeñas preescolares, que los papás estaban de acuerdo. Son todas niñas con hipoplasia suprarrenal y que estaban en control con endocrino y todo lo demás (P12).

Esta contradicción del respeto a la identidad del NNA en el caso de aquellos que son intersex se hace evidente, tanto desde un marco legislativo que no se pronuncia, como desde un Ministerio de Salud que genera Circulares que se contradicen y son ambiguas en los procedimientos que se pueden realizar, pero muy transversales cuando se omite la solicitud y espera de la opinión del menor de edad para la toma de decisiones en una acción irreversible que busca “resolver el problema”.

Las otras circulares, había una que decía que se suspendían las prácticas de operación, ¿sí, eso? O sea, menos mal, menos mal que se suspendan (P7).

Pero es una problemática cuando la familia, o tutores legales, contienen una supremacía en la toma de decisiones en conjunto con el equipo médico, por sobre el menor de edad. Esto es relevante de considerar cuando se habla de recién nacidos con genitales ambiguos o intersex.

No hay transversalidad de opiniones en el equipo, como tampoco hay coherencia en las circulares y su implementación en ambigua. Requiere que los profesionales que generan estas prestaciones puedan coordinar sus acciones como también considerar a la personas que son intersex, lo que aún parece lejano, ya que no existe una asociación ni agrupación de ellos.

(...) Cirugía irreversible en genital de niño, incluso una circuncisión cae en esa categoría. Entonces, se armó este comité para asesorar bien de qué es lo que estaban hablando (P12).

No es que no haya intención de respetar los derechos de los NNA, es un proceso de transición desde la mirada estructuralmente adultocéntrica, donde se ha priorizado históricamente la opinión de este grupo etario por sobre la opinión de la infancia y

adolescencia, bajo el argumento de la protección. La autonomía progresiva sigue siendo un elemento rescatable para la discusión, pero ambiguo y a criterio de quien la considera.

A esto se suma una mirada heteronormativa, donde se predetermina una congruencia entre el sexo, género, orientación y práctica sexual, las cuales divergen, se contraponen, interactúan y varían. Esta heteronormatividad responde a una idealización de las expresiones de género, donde se espera que un hombre tenga ciertas características, que tenga cierta orientación y práctica sexual, y la mujer que sea su contraparte (Butler, 2017), por lo que cuando esto no ocurre genera conflictos. Es el deber de los profesionales de salud generar instancias que no patologicen estas expresiones, que informen y desarraiguen estas visiones que influyen directamente en la posibilidad de ejercer derechos.

La libertad a la identidad no debiera cuestionarse y es lo que se refleja en la Vía Clínica, con este término de Experiencia de Vida Real, donde se deben someter al escrutinio de otro, menores de edad o no.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación, se ha buscado conocer la implementación de un modelo que atienda las necesidades de las personas con identidad de género diversa, especialmente, en niños, niñas y adolescentes (NNA). La metodología, con objeto de ser exploratoria, ha utilizado el estudio de caso como una opción viable para el abordaje de una temática de la que se carecen cifras y es, relativamente, nueva en organismos gubernamentales.

El Programa de Identidad de Género, como unidad de análisis, permitió generar una aproximación del modelo de atención a través del levantamiento de las percepciones de los actores involucrados, expertos y la revisión de documentos.

El objetivo general fue Comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención de salud en niñez y adolescencia trans en el sistema público, por lo que se aportó a través de tres dimensiones: marcos normativos, capacidades de gestión y el rol de los NNA en la identidad de género. A partir de estas aristas se permite develar distintas conclusiones en la formulación de un modelo de atención de este tipo.

Dimensión de marcos normativos

Existen 16 normativas, con diversa relevancia jurídica, que establecen el marco legal para la atención de personas trans en distintas entidades públicas. Para aquellos centros de salud que se han aventurado a innovar, a través de la realización de un programa para este tipo de atención, se han encontrado con que no hay lineamientos ministeriales ni financiamiento de forma concreta para ello, pero han podido llevarlos a cabo gracias al condicionamiento jurídico que permite autonomía a las direcciones de los Servicios de salud para generar estrategias con pertinencia local.

Las Circulares emitidas desde el Ministerio de Salud representan un avance en estas temáticas, pero son consideradas ambiguas y no se alinean con el enfoque de derecho establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Las directrices que estas entregan no reflejan la despatologización que ha conseguido la identidad de género y la intersexualidad en los últimos años. Por tanto, las Circulares junto a la falta de recursos legislativos esclarecedores genera que los programas innovadores se sometan a los liderazgos de turno, como también a las voluntades de los profesionales que participan en ellos; y a la continua

amenaza de financiamiento.

Esto refleja la necesidad generar lineamientos integrados, su actualización, prestaciones articuladas, que permitan una visión que aborde las complejidades a las que se expone esta población, más allá del tránsito en su bienestar, y que sigan una lógica incremental de trabajo en red.

Dimensión de capacidades de gestión

El objetivo del Programa de Identidad de Género del Hospital Sótero del Río es *“Generar una red de atención de salud para las personas trans, mediante la implementación de un Programa de Acompañamiento que permita brindar apoyo a niños, niñas, adolescentes, adultos y sus familias, otorgando las prestaciones correspondientes requeridas para el proceso de tránsito”* esto es relevante, porque implica un desafío frente a la carencia de lineamientos ministeriales. Los profesionales consideran que la falta de estos es por la invisibilización de esta población, ya que no se poseen datos censales e investigaciones a largo plazo en el acompañamiento de tránsito hormonal o quirúrgico, lo que genera una planificación poco efectiva y la incertidumbre en los recursos que se requieren para su funcionamiento, tanto en horas profesionales como en prestaciones.

La gestación de un programa como este, el acompañamiento de personas en su tránsito requiere un articulación de voluntades, de jefaturas y profesionales, un proceso percibido como gradual, pero con las dificultades que conlleva frente a una demanda inesperada. Los líderes y voluntades han sido percibidos como ventanas de oportunidad, junto a los avances con las circulares y la arena política tras el proceso de promulgación de la Ley de identidad de género.

Las prestaciones concuerdan con el marco brindado por la Vía Clínica, como el tratamiento hormonal y posterior tratamiento quirúrgico, pero se alejan en ciertas perspectivas como la experiencia de vida real y necesidad de pases entre profesionales, lo que mantiene al equipo en discusión y requiere de reuniones, como capacitaciones en la materia.

El trabajo multidisciplinario, más que interdisciplinario, se hace presente en el programa frente a las reuniones mensuales, pues algunas prestaciones se encuentran en otros hospitales, lo que colabora a que sea posible que se brinden las atenciones necesarias, pero obstaculice el trabajo fluido y una perspectiva unificada del equipo, ya que la motivación a

participar es variada.

Los profesionales que participan en este programa no tienen horas asignadas en su contrato, como tampoco se han desligado de otras funciones para su realización, lo que reflejaría un problema para la resolución efectiva de las atenciones. En el futuro se requeriría un apoyo institucional real, especialmente si la demanda aumenta, ya que es un riesgo latente el agotamiento de los profesionales y la fragilidad del programa, si esto se somete exclusivamente a voluntades.

Un apoyo institucional implicaría la disposición de recursos financieros para las prestaciones en medicamentos y horas profesional, lo que fue obtenido en el inicio del Programa del CAHSR. No obstante, eso fue en la Dirección anterior con el compromiso que el Hospital continuara destinando recursos en el futuro, lo que expone al programa a los líderes ulteriores y su priorización del programa frente a otras necesidades poblacionales.

Por otro lado, los objetivos del programa del CAHSR se condicen con los recursos que se brindaron, ya que los cien millones fueron utilizados en fármacos hormonales, lo que deja a la deriva el abordaje quirúrgico y también se somete a los cirujanos disponibles, como la priorización de pabellones para esto. Para el Hospital Van Buren, durante el proceso de entrevistas, no había habido un respaldo financiero desde el Servicio de Salud, lo que conllevaba a la utilización de un recurso de la farmacia hospitalaria que implica que existiera ineficiencia y limitación en su disposición.

Para la continuidad de un programa de este tipo, se requiere un respaldo financiero sólido, constante y acorde a la demanda, a lo que ambos programas coinciden en que se desestimó en su inicio. La desestimación, junto al juicio de priorización de las demandas de la población, debe sortear la instalación de los programas en la búsqueda de los hospitales o servicios de salud por lograr maximizar el bienestar social.

El trabajo en red ha sido fundamental para llevar cabo los objetivos del acompañamiento, al no contarse con las horas profesionales, como recursos específicos para el programa. A través de alianzas y negociaciones han podido sortear las prestaciones necesarias, tanto en otros hospitales como también en organizaciones no gubernamentales.

La visión conjunta ha sido un dilema que emerge en las entrevistas, la solicitud de pases, informes o la comprobación de experiencia de vida real, expresada en la Vía clínica. Los límites no han sido acordados entorno a lo que corresponde a una patología, lo que no y el

proceso decisonal entorno a los niños, niñas y adolescentes (NNA) con enfoque de derechos, especialmente cuando se trata de la intersexualidad.

Esto podría estar dado, porque en su mayoría se identifican como especialistas en su área, pero no en la temática de identidad de género; la gestión parcializada por el espacio físico, y la disposición de horas no fijas para reunirse. La capacitación en identidad de género es algo considerado necesario, no solo para los profesionales que conforman el programa, si no también para aquellos que trabajan e interconectan la red en los niveles de atención primaria y secundaria en las distintas instituciones.

Por lo tanto, el Servicio de Salud en su alianza con organizaciones no gubernamentales, conforman una sinergia donde ambos conceden prestaciones complementarias a la misma población y permite generar una atención integral.

Dimensión del rol de la niñez y adolescencia en la identidad de género

La identidad de género en personas menores de 18 años, el grupo objetivo de esta investigación, se encontró que pese a que han sido incorporados en el Programa del CAHSR existen desafíos a trabajar en su atención, como la mirada adultocentrista, el desconocimiento del desarrollo de la sexualidad desde la infancia, la limitación entorno a la salud sexual, la perspectiva de la etapa de la adolescencia como transición a la adultez, y la mirada patologizante versus el enfoque de derechos en la atención. Estas miradas son posibles encontrarlas en los equipo de salud y también en las políticas de Estado hacia los menores de edad, ya que por mucho tiempo los derechos de la infancia se han mantenido en un estado declarativo y que, lentamente, han comenzado a generar acciones concretas.

La infancia tiene una cobertura por el Sistema Chile Crece Contigo, desde el embarazo hasta los 9 años y, posterior a ello, el Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes vela en el Sistema público de atención. El primero no considera la identidad de género dentro de la anamnesis, siendo difícil que se identifique de forma temprana para acompañarlos en el proceso y educar a sus cuidadores. Por otro lado, los adolescentes son un grupo especialmente sensibles en la identidad de género, por los cambios puberales que permiten reafirmar el género percibido en relación al cuerpo deseado, por lo que las prestaciones que requieren aumentan especialmente cuando la pubertad se inicia. Las Normas técnicas disponibles en este grupo se encuentran más avanzadas en la materia y permite hablar de

sexualidad de forma más dirigida, pero aún la Circular N°15/10 no es de amplio conocimiento para la realización de la atención, por lo que la consulta a sus cuidadores podría seguir obstaculizando que estos accedieran a una atención como a las prestaciones en esta área, especialmente, porque la consideración de la autonomía progresiva no es ampliamente difundida.

El foco en este grupo etario en relación a sexualidad se ha priorizado en la prevención en embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, por lo que las estrategias se han direccionado en estos focos y la amplitud de la sexualidad es implementada solo por los profesionales que lo consideran relevante y/o se encuentran capacitados.

Los profesionales tienen herramientas legales para disponer de la atención para el adolescente, como también considerar el resguardo de sus derechos durante su atención, pero es sujeto a criterio de estos, mientras el Ministerio no se pronuncie. El consentimiento legal, aparentemente, tiene distintos objetivos en relación a quién lo utilice, como el resguardo legal en las decisiones del menor de edad y la información que debe tener disponible previo al tránsito.

Por último, las Circulares en atención de personas trans e intersex no se encuentran pensadas para abordar la infancia y adolescencia, por lo que lineamientos en esta materias se someten a interpretaciones de los profesionales que la brindan y representan un reto de pertinencia local, cultural y valórica para el equipo profesional. Se hace primordial, desde los profesionales, que el abordaje con NNA sea considerando todos sus procesos de desarrollo y psicosociales, y que su identidad de género sea considerada una parte más de sus características a considerar en su acompañamiento.

Llevar a la práctica un programa de identidad de género es contradictorio cuando se consideran los marcos legislativos actuales. Por una parte, representan un terreno fértil para la innovación y creación de programas con pertinencia local por los Servicios de Salud, pero ese intersticio también conlleva a que no haya disponible en ellas una estructura legal que los respalde y les brinde un soporte financiero. Esto tiene como consecuencia que cualquier programa no establecido desde el Ministerio de Salud, esté sujeto a las voluntades y liderazgos de turno, a interpretaciones y adaptaciones dispares, las que son frágiles y no institucionalizan el proyecto.

Para que un programa sea parte de una política pública y trascienda, requiere no solo su establecimiento desde la plataforma ministerial, si no que también se alineen objetivos estratégicos. Las acciones locales segregan prestaciones de salud, confieren derechos parciales subyugados a la geografía y a la disposición de recursos de los Servicios de Salud que estén dispuestos a priorizar esta temática.

Las leyes actuales son insuficientes, por su visión universal que no integra a las poblaciones vulnerables y las desestima, al desconocer el número de personas trans que podrían acceder a estos programas. Esta desestimación perpetúa un círculo vicioso que, frente a la falta de levantamiento de datos por parte del Estado, impide la posibilidad de mejorar los programas y la salud de esta población específica, a través de una evaluación de impacto.

Los marcos legislativos que amparan la infancia y adolescencia trans son insuficientes, porque carecen de un enfoque de derechos y de género que legitimen el interés superior del niño, promuevan su autonomía y les brinde protección específica. La CDN podría patrocinar las acciones en este tipo de programas focalizados, pero su bajada a este plano genera interpretaciones ambiguas de los legisladores, profesionales y familiares en cómo se implementa.

Por otro lado, la identidad de género se ha sometido una mirada culturalmente heteronormativa, y al desconocimiento de la identidad y expresión de género en la infancia. Este fenómeno ha tenido una alta tribuna los últimos años, en comparación a las décadas anteriores, gracias a la visibilidad de los derechos trans en los medios de información y al alzamiento de movimientos feministas en la escena pública, donde se busca promover que el género no se consolida a través de una sexualidad normativa.

Esta subversión de género podría verse como algo negativo en la infancia y adolescencia cuando se asocia a la sexualidad, ya que el imaginario es que son seres no sexualizados hasta que cumplen los 18 años y eso hace presente el desconocimiento de lo que abarca la identidad.

La discusión de la ley de identidad de género y la inclusión de menores de 18 años es un fiel reflejo de una mirada adultocentrista que no comprende la riqueza de las etapas previas. La adolescencia es el nicho donde se debe buscar la identidad, por lo que parece interesante que la discusión no sea, en realidad, si incluir o no a los adultos a decidir “tardíamente” sobre la identidad, cuando debieron establecerlo previamente. Escindir a los adolescentes a determinar legalmente su identidad, refleja una carencia de comprensión del grupo etario

que se manifiesta en las políticas públicas que los tienen por objetivo.

Observar los valores sociales y las acciones que se ejecutan en su nombre también se extienden a las limitaciones morfológicas idóneas de los genitales y reproducción. Las personas intersex son víctimas de procesos de “normalización” que no han sido regulados de forma concreta, como se debe proceder en los tiempos y edades para tener un asentimiento cuando no representan un riesgo para su salud, y la preponderancia de cada interesado: tutores, comité de ética, cirujano e infante intersex.

Como la concepción de género es relativo a las relaciones construidas en que se establecen (Butler, 2017), es necesario velar por el niño, niña y adolescente, porque es un fenómeno variable, un fenómeno contextual que probablemente en una décadas no represente un problema como tal, pero hoy es necesaria la protección a la infancia de los valores sociales entorno al género impuesto y sentido. Se hace necesario observar el fenómeno con las ramificaciones que contiene y alinear los objetivos estratégicos a la realidad, para eso es imperante el levantamiento de datos y que se visibilicen las personas vulneradas, ya sea por su edad o identidad.

REFLEXIONES FINALES

El enfoque de derechos en la infancia es una perspectiva novedosa y que responde a los compromisos que adquirió Chile hace casi tres décadas con la Convención. Este enfoque, junto a una mirada despatologizadora de la identidad y el conocimiento del desarrollo de la sexualidad en las distintas etapas, es un proceso que podría permitir que las acciones gubernamentales fueran más efectivas cuando se trata de abordar las problemáticas de violencia de género, suicidio, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Además, las necesidades y demandas de las personas trans han sido tradicionalmente desatendidas por los prestadores de salud, lo que se ha traducido en servicios de salud inadecuados para su atención acorde a lo levantado por la OMS (Organización Panamericana de Salud, 2013), donde son excluidos o se encuentran con barreras para obtener acceso a una salud apropiada (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Se hace necesario considerar una mirada de salud pública que interconecte las necesidades de la infancia y adolescencia, que sea inclusiva y actualice el enfoque que requiere en su atención. Las investigaciones en Chile han sido acotadas y no logran abarcar el fenómeno de manera representativa o censal, lo que requiere que se brinden fondos para investigar y levantar datos locales sobre el fenómeno, y así dar cabida a responder al cambio de las necesidades que la población requiere con una mirada integral.

Se espera que el trabajo realizado por el Programa de Identidad de género del Complejo Asistencia Sótero del Río, junto a estos aportes, permitan el surgimiento de iniciativas con respaldo institucional. El cambio de paradigma hacia el bienestar y el derecho es necesario, junto a iniciativas con pertinencia local y ambientes que propicien una retroalimentación de las bases profesionales y el Ministerio de forma constante, como también de la sociedad civil.

BIBLIOGRAFÍA

- Aborto libre, maternidad sin causales. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.eldesconcierto.cl/2018/07/26/aborto-libre-maternidad-sin-causales/>
- Aborto libre: en qué consiste el nuevo proyecto en Chile. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.t13.cl/noticia/politica/nacional/en-consiste-proyecto-busca-despenalizar-aborto-chile>
- Agencia Presentes. (2018). Así funciona el primer policlínico para personas trans en Santiago de Chile. Retrieved May 1, 2018, from <http://agenciapresentes.org/2018/02/20/asi-funciona-primer-policlinico-personas-trans-santiago-chile/>
- Asociación Americana de Psicología. (2018). Orientación sexual y identidad de género. Retrieved November 18, 2018, from <https://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- BasePública. (2018). Un programa de salud para ellas, ellos y elles. Retrieved May 1, 2018, from <https://basepublica.org/news/articles/un-programa-de-salud-para-ellas-ellos-y-elles>
- Biobio Chile. (2018, February 6). Así funciona el programa de identidad de género en el Hospital Sótero del Río. Retrieved from <http://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/entrevistas/2018/02/06/asi-funciona-el-programa-de-identidad-de-genero-en-hospital-sotero-del-rio.shtml>
- Butler, J. (2017). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Catena, P., Valenzuela, P., & Silvera, I. (2018, January 3). Piñera y Chile Vamos acuerdan rechazar proyectos emblemáticos de Bachelet. *La Tercera*. Retrieved from <http://www.latercera.com/noticia/pinera-chile-acuerdan-rechazar-proyectos-emblematicos-bachelet/>
- CIE-11. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.who.int/es/temas-salud/cie-11>
- CIE 10. (2018). Retrieved April 7, 2018, from <http://deis.minsal.cl/deis/codigo/capacitacion/indicecap.asp>
- Congreso Nacional de Chile. Ley N° 20.584 (2012).
- Congreso Nacional de Chile. Ley N°21.067 (2018).
- Consejo nacional de la infancia. (2015). *Política Nacional de niñez y adolescencia Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia*. Retrieved from http://www.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/03/POLITICA-2015-2025_versionweb.pdf
- Consejo Nacional de la Infancia. (2015). *Política nacional de niñez y adolescencia. Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia 2015-2025*. Retrieved from <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Niñez-y-Adolescencia.pdf>
- Diario y Radio U Chile. (2018, January 31). Primer programa de identidad de género en Hospital Sótero del Río. Retrieved from <http://radio.uchile.cl/2018/01/31/primer-programa-de-identidad-de-genero-en-hospital-sotero-del-rio/>
- El Dínamo. (2018, February 1). Capacitación y nuevas prestaciones: personas trans ahora podrán atenderse en el Sótero del Río. Retrieved from <https://www.eldinamo.cl/nacional/2018/02/01/capacitacion-y-nuevas-prestaciones-personas-trans-ahora-podran-atenderse-en-el-sotero-del-rio/>
- El Siglo. (2018, February 1). Hospital Sótero del Río pionero en atención a trans. Retrieved from <http://www.elsiglo.cl/2018/02/01/hospital-sotero-del-rio-pionero-en-atencion-a-trans/>
- Epicentro Chile. (2018, January 31). Hospital Sótero del Río lanzó programa de atención especializada a personas trans | Epicentro Chile. Retrieved from

- <https://www.epicentrochile.com/2018/01/31/hospital-sotero-del-rio-lanzo-programa-de-atencion-especializada-a-personas-trans/>
- Estudiantes realizaron masiva marcha feminista en Santiago. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2018/06/06/estudiantes-realizaran-nueva-marcha-feminista-este-miercoles-en-la-alameda.shtml>
- Field, T., & Mattson, G. (2016). Parenting Transgender Children in PFLAG. *Journal of GLBT Family Studies*, 12(5), 413–429. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2015.1099492>
- Fundación Juntos Contigo. (2018). Áreas de trabajo con padres, familias e instituciones. Retrieved from <http://fundacionjuntoscontigo.org/index.html>
- Fundación Renaciendo. (2018). MISION Y OBJETIVOS. Retrieved April 19, 2018, from <http://www.fundacionrenaciendo.org/index.php/somos/mision-y-objetivos>
- Fundación Transitar. (2018). Nosotrxs. Retrieved April 19, 2018, from <http://www.transitar.cl/nosotrxs/>
- Galaz, C., Sepúlveda, M., Poblete, R., Troncoso, L., & Morrison, R. (2018). Derechos LGTBI en Chile: tensiones en la constitución de otredades sexualizadas LGBT. *Psicoperspectivas*, 17(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext>
- Global Action for Trans Equality. (2011). *Es tiempo de reforma. Cuestiones de salud trans en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Informe de la reunión de Expert*s organizada por GATE*. La Haya.
- Gobierno de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 (2011). Retrieved from <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- González, M., Núñez, C. G., Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2018). Sección Temática Diversidades sexuales y de género: Lógicas y usos en la acción pública Editorial. *Psicoperspectivas*, 17(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas>
- Haeussler, I., & Marchant, T. (1999). *Tepsi: test de desarrollo psicomotor 2 -5 años* (10ª edición). Santiago de Chile. Retrieved from <https://coquilogopedia.files.wordpress.com/2014/04/test-tepsi.pdf>
- Heusser, N. (2018). Sótero del Río tiene inédito programa para personas trans - La Hora. Retrieved April 6, 2018, from <http://www.lahora.cl/2018/02/sotero-del-rio-inedito-programa-personas-trans/>
- Identidad de género: adultos y adolescentes entre 14 y 18 años podrán optar al cambio de sexo registral. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.senado.cl/identidad-de-genero-adultos-y-adolescentes-entre-14-y-18-anos-podran/senado/2018-09-04/170404.html>
- INJUV. (2015). 8va. *Encuesta Nacional de Juventud 2015*. Retrieved from http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). *Informe Anual. Situación de los derechos humanos en Chile*. Santiago de Chile. Retrieved from https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01_Informe-Anual-2017.pdf
- Kelso, T. (2015). Still Trapped in the U.S. Media's Closet: Representations of Gender-Variant, Pre-Adolescent Children. *Journal of Homosexuality*, pp. 1058–1097. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1021634>
- La Asociación mundial para la Salud Transgénero. (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Retrieved from www.wpath.org
- La Hora. (2018, February 4). Sótero del Río tiene inédito programa para personas trans. Retrieved from <http://www.lahora.cl/2018/02/sotero-del-rio-inedito-programa-personas-trans/>
- La Tercera. (2018a). Salud pública para personas trans: la otra batalla. Retrieved from

- <http://www.latercera.com/opinion/noticia/salud-publica-personas-trans-la-otra-batalla/114540/>
- La Tercera. (2018b, January 31). Hospital Sótero del Río lanza programa para personas trans. Retrieved from <http://www.latercera.com/nacional/noticia/hospital-sotero-del-rio-lanza-programa-personas-trans/53384/>
- La Tercera. (2018c, February 2). Doctor Alejandro Martínez: Lo que conocemos hasta ahora es la punta del iceberg. Retrieved from <http://www.latercera.com/tendencias/noticia/doctor-alejandro-martinez-lo-conocemos-ahora-la-punta-del-iceberg/55040/>
- La Tercera. (2018d, March 11). La desconocida cifra de población trans en Chile. Retrieved from <http://www.latercera.com/tendencias/noticia/la-desconocida-cifra-poblacion-trans-chile/95089/>
- Lampert Grassi, M. P. (2017). *Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual*. Retrieved from <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=56104>
- Masiva marcha feminista exige en Chile educación no sexista. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <https://www.dw.com/es/masiva-marcha-feminista-exige-en-chile-educación-no-sexista/a-44104179>
- Mayo Clinic. (2018a). Terapia hormonal de feminización. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/mtf-hormone-therapy/about/pac-20385096>
- Mayo Clinic. (2018b). Terapia hormonal masculinizante. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ftm-hormone-therapy/about/pac-20385099>
- Mendoza, C., & Martínez, A. (2018). Acerca de niños, niñas y adolescentes transgénero. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 288–289. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200288>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2012*. Retrieved from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/Manual_cuestionario_EANN A.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018a). Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia. Retrieved November 18, 2018, from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/elpi_faqs.php
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018b). Personas presentes en el Registro Social de Hogares adscritas a Fonasa o Isapre según tramo de Calificación Socioeconómica (CSE). Total de niños, niñas y adolescentes por tipo de institución. Retrieved November 18, 2018, from <http://siist.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadorportada/223>
- Ministerio de Educación. Ley 20.536 (2011).
- Ministerio de Educación. Orientaciones para la inclusión de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en el sistema educativo chileno (2017). Retrieved from http://www.comunidadescolar.cl/documentacion/LGBTI_27_04_2017.pdf
- Ministerio de Justicia. Ordinario Circular N°1297/2012. Instruye cumplimiento de Guía Técnica Pericial de Sexología Forense para casos de personas trans e intersex (2012).
- Ministerio de la Salud. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (2012).
- Ministerio de Salud. Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género. (2010). Retrieved from <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>
- Ministerio de Salud. Circular N°34. Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial (2011).

- Ministerio de Salud. Circular N°21. Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial (2012).
- Ministerio de Salud. Circular N°18. Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex (2015).
- Ministerio de Salud. Circular N° A 15/11. Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable. (2016). Retrieved from https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Atención-Adolescente-2016.pdf
- Ministerio de Salud. Circular N°7. Complementa Circular N°18 que instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex (2016). Retrieved from https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/Circular-aclaratoria-002.pdf
- Ministerio de Salud. (2016c). Guía Práctica de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Retrieved from <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017a). *Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016*. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017b). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados*. Retrieved from http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171122/asocfile/20171122142253/ens_2016_17_primeros_resultados.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados*. Retrieved from https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf
- Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). *Informe de la encuesta mundial de salud escolar Chile 2013*. Retrieved from <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/EMSE.2013.pdf>
- Ministerio secretaría general de Gobierno. Ley 20.609. Establece medidas contra la discriminación (2012).
- Money, J. (1973). Gender Role, Gender Identity, Core Gender Identity: Usage and Definition of Terms. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1(4), 397–402. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1973.1.4.397>
- Movimiento feminista sigue rugiendo: logra nueva marcha masiva por la Alameda. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/06/06/movimiento-feminista-sigue-rugiendo-logra-nueva-marcha-masiva-por-la-alameda/>
- Mullaney, C. (2016). Reshaping Time: Recommendations for Suicide Prevention in LBGT Populations. *Journal of Homosexuality*, 63(3), 461–465. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1124712>
- Multitudinaria marcha feminista se tomó Plaza Italia. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/multitudinaria-marcha-feminista-se-tomo-plaza-italia/20180606/nota/3758827.aspx>
- Muñoz, I. (2008). *Vínculo que establece la díada madre hijo en niños hombres de 6 a 12 años con trastorno en la identidad de género*. Universidad de Chile. Retrieved from <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/105713/Vinculo-que-establece-la-diada-madre-hijo.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Naciones Unidas. Derechos humanos. (2018). *Ficha de datos. Intersex*. Retrieved from www.ohchr.orgwww.unfe.org
- Nueva jornada de marchas feministas en el país. (2018). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.t13.cl/noticia/nacional/feministas-marchan-nuevamente-santiago-igualdad>
- O'Neill, T., & Wakefield, J. (2017). Fifteen-minute consultation in the normal child: Challenges relating to sexuality and gender identity in children and young people. *Archives of Disease in Childhood - Education & Practice Edition*, 102, 298–303. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311449>
- Oasis FM. (2018, January 31). Programa de Identidad de Género fue implementado en hospital de Santiago. Retrieved from <http://oasisfm.cl/oasisfm/noticias/programa-de-identidad-de-genero-fue-implementado-en-hospital-de-santiago/2018-01-31/163610.html>
- Observatorio Social. (2017). *Pobreza y Distribución de Ingresos. Presentación de resultados*. Retrieved from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Presentacion_Sintesis_de_Resultados_Casen_2017.pdf
- Olavarria, M. (2007). *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*. Retrieved from http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos_Basicos_Politicas_Publicas.pdf?sequence=1
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P., Kreukels, B., Meyer-Bahlburg, H., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. (2016a). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: Gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P., Kreukels, B., Meyer-Bahlburg, H., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. (2016b). Research Priorities for Gender Nonconforming/Transgender Youth: Gender Identity Development and Biopsychosocial Outcomes HHS Public Access. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED>
- ONU. (2007). *Principios de Yogyakarta*.
- Organización de los Estados Americanos. (2018). Conceptos Básicos relativos a personas LGBTI. Retrieved November 13, 2018, from <http://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Washington, D.C. Retrieved from <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16->
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de Salud. (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*.
- Organizando Trans Diversidades. (2018). Hospital Sótero del Río reemplaza categoría “Disforia de Género” por “Persona Trans.” Retrieved May 1, 2018, from <http://otdchile.org/hospital-sotero-del-rio-reemplaza-categoria-disforia-de-genero-por-persona-trans/>
- OTD Chile. (2017). Informe sobre Encuesta T. Retrieved May 3, 2018, from <http://encuesta-t.cl/resultados/>
- OTD Chile. (2018). Hospital Sótero del Río tiene el primer programa de Identidad de Género de Santiago. Retrieved May 1, 2018, from <http://otdchile.org/hospital-sotero-del-rio-tiene-el-primer-programa-de-identidad-de-genero-de-santiago/>

- Policlínico Trans - Patricia Casanova. (2018). Retrieved April 6, 2018, from <http://psicologiatrans.cl/policlinico-trans/>
- Principios de Yogyakarta (2007) - Iguales. (2018). Retrieved April 7, 2018, from <https://www.iguales.cl/portfolio/principios-de-yogyakarta-2007/>
- Programa de Educación Sexual CESOLAA. (2018). Pubertad. Retrieved October 28, 2018, from <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/pubertad/la-pubertad>
- Programa de Naciones Unidas. (2018). *Primera Encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes*. Retrieved from [http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/desarrollohumano/undp_cl_desarrollohumano_Encuesta Desarrollo Humano en NNA \(v.09.03.18\).pdf](http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/desarrollohumano/undp_cl_desarrollohumano_Encuesta Desarrollo Humano en NNA (v.09.03.18).pdf)
- Programa Nacional de Salud de la Infancia. (2014). Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. *Ministerio de Salud*, 394. Retrieved from [http://web.minsal.cl/sites/default/files/2014_Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/2014_Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS_web(1).pdf)
- Proyecto de ley de Identidad de Género. (2018). Retrieved April 7, 2018, from <http://identidadgenero.gob.cl/>
- Publimetro. (2018, January 31). Puente Alto a la vanguardia en identidad de género: abre programa médico para transexuales | Publimetro Chile. Retrieved from <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2018/01/31/sotero-del-rio-lanza-programa-identidad-genero-transexuales.html>
- Puente Alto al Día. (2018, February 5). Hospital Sótero del Río anuncia cirugías de re-adecuación de sexo « Puente Alto al Día. Retrieved from <http://puentealtoaldia.cl/2018/02/05/hospital-sotero-del-rio-anuncia-cirugias-de-re-adequacion-de-sexo/>
- Radio Zero. (2018, February 1). Hospital Sótero del Río ofrecerá capacitaciones para personas trans - Zero 97.7 : Zero 97.7. Retrieved from <http://www.radiozero.cl/noticias/actualidad/2018/02/hospital-sotero-del-rio-ofrecera-capacitaciones-personas-trans/>
- Romero, C., & Montenegro, M. (2018). Políticas públicas para la gestión de la diversidad sexual y de género: Un análisis interseccional. *Psicoperspectivas*, 17(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1211>
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G. B., & Grossman, A. H. (2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 63, 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Sarmiento, J. (2013). Algunas visiones sobre la disciplina , práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(2), 151–161.
- Secretaría de Salud Pública. Ordinario B-2 N°2940 (2016).
- Sepúlveda, C., & Mericq, V. (2011). *Mecanismos reguladores de la Pubertad normal y sus variaciones*. *Revista Médica Clínica Las Condes* (Vol. 22). [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70390-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70390-X)
- Servicio de Salud de Antofagasta. Resolución Exenta N°013571 (2017). Retrieved from <http://www.hospitalantofagasta.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/PROTOCOLO-DISFORIA-DE-GENERO.pdf>
- Servicio de Salud Reloncaví. Procolo Acogida y derivación para personas trans en establecimientos de la red asistencial del Servicio de Salud del Reloncaví 2015-2020 (2015).
- Servicio de salud Talcahuano. Protocolo de atención y derivación para usuarios/as trans (2015).
- Soy Pensante. (2018). Lanzan Programa de Identidad de Género para una mejor atención a usuarios

- en Sótero del Río. Retrieved May 1, 2018, from <https://soypensante.cl/2018/02/21/lanzan-programa-de-identidad-de-genero-para-una-mejor-atencion-a-usuarios-en-sotero-del-rio/>
- Superintendencia de Educación. (2017). Ordenanza N°0768. Derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., ... Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144, 723–733. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art06.pdf>
- Truffello, P. (2017). *Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez: Proyecto informado por la Comisión de Familia y Adulto Mayor*.
- UNICEF – Chile » Convención sobre los derechos del niño. (2018). Retrieved April 7, 2018, from <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
- Vrouenraets, L., Fredriks, M., Hannema, S., Cohen-Kettenis, P., & de Vries, M. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *Journal of Adolescent Health*, 57, 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>
- Vrouenraets, L., Fredriks, M., Hannema, S., Cohen-Kettenis, P., & de Vries, M. (2016). Perceptions of Sex, Gender, and Puberty Suppression: A Qualitative Analysis of Transgender Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1697–1703. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0764-9>
- Wilson, B. D. M., & Kastanis, A. A. (2015). Sexual and gender minority disproportionality and disparities in child welfare: A population-based study. *Children and Youth Services Review*, 58, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.016>
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research . Design and Methods*. SAGE Publications (Third Edit). California: Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31822dda9e>

ANEXO Nº1: Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva



FUENTE: *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (Organización Mundial de la Salud, 2018)

ANEXO N°2: Total de egresos y pacientes con el diagnóstico de Transexualismo y que tuvieron una intervención quirúrgica atribuible a un cambio de sexo (*), por establecimiento de salud. Años 2012 – 2017.

Total de egresos y pacientes con el diagnóstico de Transexualismo y que tuvieron una intervención quirúrgica atribuible a un cambio de sexo (*), por establecimiento de salud. Años 2012-2017

Establecimiento de Salud	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total 2012-2017	
	egresos	pacientes	egresos	pacientes										
Total	20	16	22	19	30	24	20	17	29	25	29	27	150	128
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Hospital San José del Carmen (Copiapó)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	1	5	5
Hospital San Pablo (Coquimbo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	11	10	18	16	25	21	8	8	17	13	7	6	86	74
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Hospital del Quipué	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	4	2	2	2	3	1	0	0	0	0	1	1	10	6
Hospital Clínico San Borja Arriarán (Santiago, Santiago)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Clinica Central	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	4	3
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
Clinica Tabancura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
Clinica Indisa	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	3	3
Clinica Las Condes	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Clinica Saraí Moncada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Clinica Las Lilas	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Clinica Avansalud Providencia	0	0	0	0	1	1	3	2	1	1	1	1	6	5
Clinica Vespucio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Hospital Las Higueras (Talcahuano)	1	1	1	0	0	0	6	4	0	0	9	8	17	13
Clinica BioBio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Clinica Universitaria de Concepción	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Hospital Base San José de Osorno	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2

Fuente: Base de datos de egresos hospitalario 2012-2017

*Código CIE-10 F640 y códigos Fonasa

Códigos Fonasa

glosa de intervención

- 1502048 Mamoplastia de aumento (unilateral)
- 1902065 Orquidectomía unilobado
- 1902078 Amputación parcial del pene (proc. aut.)
- 1902079 Amputación total del pene, proc. completo
- 1902085 Implantación prótesis peneana cualquier tipo de vía (no incluye prótesis)
- 2002002 Mastectomía parcial (cuadrantectomía o similar) total (vaciamiento ganglionar)
- 2002003 Mastectomía radical (tumorectomía / vaciamiento ganglionar) mastectomía total (vaciamiento ganglionar)
- 2003010 Histerectomía total (ampliada por vía abdominal)
- 2003018 Plastia uterina (operación de Strassman o similares)
- 2003028 Vulvectomía radical

FUENTE: Datos solicitados por transparencia

ANEXO N°3: Acta de aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Proyecto:	Atención de salud en niñez y adolescencia trans: estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río.
Investigador responsable:	Paula Maureira Martínez, tesista del Magíster en Políticas Públicas.
Coinvestigadores:	María Pía Martín, Docente de la Facultad de Ingeniería Industrial, y Fabián Duarte, Docente de la Facultad de Economía y Negocios.
Otra información relevante:	Proyecto de Tesis para optar al Grado de Magister en Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.

El proyecto tiene como unidad de análisis el Programa de atención de identidad de género del Complejo Asistencial Sótero del Río y, a través de una metodología de estudio de caso, busca comprender la formulación de un modelo de atención de salud trans en el sistema público, desde las percepciones de profesionales y autoridades de salud del CASR. Se pretende también conocer las capacidades de gestión y respuesta en este modelo, los obstáculos y oportunidades en su proceso de formulación y profundizar en la incorporación del reconocimiento de la naturaleza no binaria en la atención de salud, bajo el marco legislativo actual.

Se espera que con los hallazgos se genere conocimiento en profundidad del fenómeno a investigar y que brinde un valor estratégico: la oportunidad de replicar y quizás mejorar la iniciativa a estudiar. El propósito de su impacto es que sume a la necesidad de creación de políticas públicas con cobertura universal, pero focalizadas; y que promueva la reflexión de cómo las garantías dispuestas hoy, legales y administrativas, son llevadas a la realidad.

Para ello se realizarán dos fases de levantamiento de información. La primera será a través de entrevistas a personas claves en la creación y fundamentación de esta iniciativa, como también la observación de un modelo realizado en otra región ("Programa usuarios/as trans" del Hospital de las Higueras o del Hospital Van Buren); y la segunda será directamente en el Programa del CASR. En ambas etapas se realizarán entrevistas, observación, revisión de protocolos y otros documentos que determinen la implementación y gestión de la atención.



El objetivo de las entrevistas es comprender las capacidades de gestión de un modelo de atención de salud nuevo, su implementación y los marcos normativos asociados. Al tener carácter exploratorio, no evaluativo, se espera que los entrevistados con participación de carácter anónima no tengan riesgos en su colaboración. Se brindará un consentimiento informado antes de cada entrevista, donde se explicitará los objetivos del estudio, la información de contacto para cualquier duda, como también la opción si desea abandonar su participación.



EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

Se deja constancia que el Comité de Ética para la Investigación de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en Sesión Ordinaria del 22 de mayo del año en curso, y presidido por el Señor Decano, don Manuel Agosin Trumper, y compuesto por:

- Verónica Fuentes Cáceres, Ph.D., Ingeniera en Información y Control de Gestión y Contador Auditor, Profesora Asistente del Departamento de Control de Gestión y Sistemas de Información.
- Pedro Leiva Neuenschwander, Ph.D., Psicólogo, Profesor Asistente del Departamento de Administración.
- Valentina Paredes Haz, Ph.D., Ingeniera Comercial, Profesora Asistente del Departamento de Economía.

Han revisado la documentación y los antecedentes, referidos a los aspectos éticos, del Proyecto de Tesis para optar al Grado de Magister en Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, "Atención de salud en niñez y adolescencia trans: estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río", presentados por su Investigadora, Paula Maureira Martínez, tesista del Magíster en Políticas Públicas.

Durante el proceso de revisión de la documentación presentada por la Investigadora Responsable, los miembros de este comité han evaluado exhaustivamente el Protocolo de Investigación presentado por la investigadora responsable, así como los Consentimientos Informados, concluyendo que:

- (1) El proyecto presentado tiene valor científico y social por cuanto sus resultados investigativos podrían contribuir al desarrollo del conocimiento científico.
- (2) El protocolo presentado garantiza que los procedimientos, metodologías y procesos de investigación, así como en el manejo divulgación y archivo de los datos obtenidos protege los derechos, dignidad y bienestar de los sujetos involucrados en la investigación, no constituyendo amenaza ni daño emocional ni moral.
- (3) Se presentan de manera satisfactoria, el consentimiento informado, así como el procedimiento para la obtención del mismo.
- (4) Se otorga a los participantes el derecho a abandonar el estudio sin ninguna consecuencia adversa, si lo consideraran necesario.
- (5) Se describe de manera satisfactoria los procedimientos que se implementarán para proteger la confidencialidad de la información recolectada de cada uno de los participantes.
- (6) La investigadora responsable se compromete informar a la brevedad al Comité de eventos adversos que pudieran suceder durante la investigación, de modo de evaluar en conjunto las acciones que se tomarán.
- (7) Se describe de manera satisfactoria las razones de inclusión y/o exclusión de determinados seres humanos.



Dadas las circunstancias enunciadas anteriormente, el Comité de Ética para la Investigación de la Facultad de Economía y Negocios, declara no tener reparos sobre el proyecto y lo califica como Aprobado, ya que da cumplimiento con los estándares y Normas Éticas para Investigación con Seres Humanos establecidas por la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, y de los principios explicitados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Se extiende el presente informe, en el entendido que con su recepción, el Investigador Principal se obliga a cumplir con los requerimientos que le ha planteado este Comité, y no exceder en el desarrollo de su investigación el alcance de las consideraciones que han permitido emitirlo.



Manuel Agosin Trumper
Decano y Presidente del Comité de Ética
Facultad de Economía y Negocios
Universidad de Chile



Santiago de Chile, 22 de Mayo de 2018

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

1. **Nombre del Proyecto:** Atención de salud en niñez y adolescencia trans: estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río

2. **Investigador Responsable:** Paula Maureira Martínez (tesista del Magíster en Políticas Públicas)
Coinvestigador/es: María Pía Martin (Docente de la Facultad de Ingeniería Industrial) y Fabián Duarte (Docente de la Facultad de Economía y Negocios)

3. **Objetivos del Proyecto:**

a. **Objetivo general:** comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención de salud trans en el sistema público

b. **Objetivos específicos:**

- i. Conocer las capacidades de gestión, desde el marco legislativo actual, desde la percepción de los profesionales involucrados
- ii. Identificar los obstáculos y oportunidades del proceso de formulación de un modelo de atención de salud para una minoría
- iii. Cotejar la capacidad de respuesta a los derechos de estos usuarios, desde una institución de salud pública
- iv. Profundizar en la incorporación del reconocimiento de la naturaleza no binaria en la atención de salud

4. **Participantes:**

Los participantes a entrevistar corresponde a personal del servicio que incurre en la atención de personas trans en el sistema público. Estas, en su mayoría corresponderán a personal del Complejo Asistencial Hospital Sótero del Río (CAHSR) y en un número menor de otras experiencias a nivel nacional, a modo de pilotaje.

Todos los entrevistados deberán ser profesionales involucrados en la atención en sí, o en la gestión del proyecto de atención, ya que se busca ver la gestión y las capacidades que brinda la normativa legal para su ejecución. Para ello se usará como formato de muestreo “bola de nieve” para reunir a los profesionales más atingentes a la creación e implementación del programa.

Si bien el Programa del CAHSR es pionero en la Región Metropolitana, no es el primero a nivel nacional, por lo que se utilizará las experiencias del Hospital Las Higueras o Van Buren, como pilotaje. El muestreo será el mismo para contactar a los profesionales, pero no se buscará profundidad en el levantamiento de datos. Se espera, al menos, la realización de diez entrevistas para garantizar la validez y calidad de la información.

5. **Información Solicitada a los Participantes del Estudio**

Se realizarán entrevistas semi estructuradas en profundidad, se transcribirán verbatim y se resguardará la confidencialidad, para recolectar información sobre la capacidad de gestión del servicio en la práctica. También se utilizará la observación etnográfica, como la revisión de



documentos, protocolos y guías que se relacionen con el proceso. No se realizará revisión de fichas clínicas, entrevistas a usuarios/pacientes ni a sus familiares o cuidadores.

6. Uso que se dará a la información recolectada

La información recolectada se utilizará para la realización la tesis para el magíster de políticas públicas, a través de una metodología cualitativa de Estudio de Caso, para futuras publicaciones científicas y se realizará una presentación y/o informe a la institución, en este caso el Complejo Asistencial Sótero del Río, según se acuerde, con los resultados.

7. Potenciales Riesgos

En relación a los riesgos, esta investigación podría generar riesgos para los participantes que decidan que sus datos sean públicos, al tener una relación contractual con el servicio de salud. Sin embargo, si no tiene relación contractual o si decide que su participación será de carácter anónimo, no se estiman riesgos asociados a ser entrevistado

8. Beneficios

Este estudio no presentará beneficios directos para sus participantes. Sin embargo, se espera que los resultados representen un aporte para el desarrollo de políticas públicas y genere conocimiento científico para ello.

9. Información Entregada a los Participantes en Consentimiento Informado

Se brindará información sobre el objetivo de la investigación, la responsable de la investigación y el contacto en caso de que tengan dudas o requieran información adicional. Para más información, revisar el consentimiento anexado.

10. Procedimientos para Garantizar Confidencialidad de la Información

Las entrevistas serán grabadas y transcritas, todas con un nombre cifrado, para proteger la identidad de los participantes y evitar un impacto negativo para estos y/o comunidad. Esto incluye el nombre como cualquier información que permita su identificación, del participante como pacientes del programa. Por otra parte, si los entrevistados no desean seguir colaborando se eliminará todo dato brindado por ellos. Esto se realizará en transcripciones, tesis y futuras publicaciones.

El almacenaje será en un computador protegido con contraseña, como también los documentos que contienen las transcripciones verbatim. Estas no serán enviadas vía correo a los colaboradores, sino que serán traspasadas directamente impresas o por pendrive para su protección.

Podrán acceder a esta información solo 3 personas, Paula Maureira (tesista quien realizará las entrevistas), María Pía Martín (académico de la Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile) y Fabián Duarte (académico de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile) como guías de tesis y colaboradores para la triangulación de la información. No obstante, solo Paula Maureira tendrá acceso a la información relativa a la identificación de los participantes, los colaboradores podrán acceder solo al nombre cifrado.

11. Publicación de los Resultados de la Investigación

Si bien el objetivo general busca las percepciones de los involucrados a la ejecución y creación del proyecto de atención de personas trans, en la infancia y adolescencia, la futura publicación de resultados pretende reflejar las dificultades y oportunidades de la elaboración de este modelo de atención, pionero en la Región Metropolitana, para promover su implementación, a través de la replicación o su mejora. También se busca que los resultados reflejen los desafíos de la atención en la naturaleza no binaria del género.

Los resultados del levantamiento de datos, como el protocolo y anexos, quedarán transparentados en la tesis, como también el análisis posterior de los resultados. Los resultados comprometidos para los colaboradores del CAHSR podrán ser brindados vía correo electrónico o de forma personal, según lo que se acuerde individualmente.

12. Participación de Menores de Edad

No participarán menores de edad en este estudio.

13. Participación de grupos minoritarios

No se tratará con entrevistados que, de antemano, se identifiquen como minoría, ya que el estudio tiene como requisito que sea profesionales involucrados en la atención de ellos y/o la creación del proyecto de atención.

14. Resumen del Proyecto de tesis: “Atención de salud en niñez y adolescencia trans. Estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río”

El proyecto tiene como unidad de análisis el Programa de atención de identidad de género del Complejo Asistencial Sótero del Río y, a través de una metodología de estudio de caso, busca comprender la formulación de un modelo de atención de salud trans en el sistema público, desde las percepciones de profesionales y autoridades de salud del CASR. Se pretende también conocer las capacidades de gestión y respuesta en este modelo, los obstáculos y oportunidades en su proceso de formulación y profundizar en la incorporación del reconocimiento de la naturaleza no binaria en la atención de salud, bajo el marco legislativo actual.

Se espera que con los hallazgos se genere conocimiento en profundidad del fenómeno a investigar y que brinde un valor estratégico: la oportunidad de replicar y quizás mejorar la iniciativa a estudiar. El propósito de su impacto es que sume a la necesidad de creación de políticas públicas con cobertura universal, pero focalizadas; y que promueva la reflexión de cómo las garantías dispuestas hoy, legales y administrativas, son llevadas a la realidad.

Para ello se realizarán dos fases de levantamiento de información. La primera será a través de entrevistas a personas claves en la creación y fundamentación de esta iniciativa, como también la observación de un modelo realizado en otra región (“Programa usuarios/as trans” del Hospital de las Higueras o del Hospital Van Buren); y la segunda será directamente en el Programa del CASR. En ambas etapas se realizarán entrevistas, observación, revisión de protocolos y otros documentos que determinen la implementación y gestión de la atención.

El objetivo de las entrevistas es comprender las capacidades de gestión de un modelo de atención de salud nuevo, su implementación y los marcos normativos asociados. Al tener carácter exploratorio, no evaluativo, se espera que los entrevistados con participación de carácter anónima no tengan riesgos en su colaboración. Se brindará un consentimiento informado antes de cada entrevista, donde se explicitará los objetivos del estudio, la información de contacto para cualquier duda, como también la opción si desea abandonar su participación.

ADJUNTE:

1.- CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

2.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ANEXO N°4: Acta de aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud

Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMITE ETICO-CIENTIFICO

ACTA DE APROBACIÓN

Miembros del Comité de Evaluación Ético Científico que participaron en la sesión del 18 de octubre del 2018

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta NO2886 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de fecha de fecha 06 de julio 2009.

Acreditado por SEREMI de Salud 019892 de fecha 14 Abril 2014.

Dr. Patricio Michaud Ch, S.S.M.S.O. Presidente del Comité

Dr. Robert Davis C. Hospital Sótero del Río

Dra. Lorna Luco C. Miembro Externo

Sra. Edith Mora San M. Asistente Social, Hospital Sótero del Río.

Sr. Hernán Pardo Roche. Abogado S.S.M.S.O.

Sr. Jose Luis Rivadeneira Domínguez. Abogado S.S.M.S.O.

Dr. Rafael Téllez T. Secretario. Hospital Sótero del Río

Estudio: Atención de salud en niñez y adolescencia Trans: estudio de caso en el Complejo Asistencial Sotero del Río

Investigador Responsable: Srta. Paula Maureira Martínez

Centro: Hospital Dr. Sotero del Río

Fecha Aprobación: 18 de octubre del 2018.

Este informe se refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- Proyecto
- Consentimiento Informado.
- Guion Temático Entrevista
- Curriculum Vitae Investigador.

Evaluación Ética.

Los niños transgénero han sido reconocidos, como siempre desde hace años, pero muchas veces diagnosticado bajo otras categorías de esta patología de identidad de género.

Actualmente se está tomando conciencia de este problema, que es de salud y social, que hace necesario una atención adecuada e integral (Psiquiatra, endocrinólogo, pediatra, urólogo) lo que solo es posible a través de una atención integral en la que exista una buena comunicación entre ellos, para una buena atención de esta patología.

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO**

Este estudio desde el punto de vista de políticas públicas quiere recabar información sobre cómo están funcionando los policlínicos creados para estos fines, desde el punto de vista de su atención.

El proyecto se propone **entrevistar a los profesionales**, que están laborando en este policlínico por medio de entrevista semiestructurada.

Dado que en este hospital hay un consultorio para estos pacientes, se haría con los profesionales que en él participan.

Este estudio puede dar una información valiosa para ir desarrollando este tipo de atención en más establecimientos de salud, perfeccionarlo y optimizar la atención de estos pacientes.

Hay un consentimiento informado para la entrevista a los profesionales, que respeta la autonomía de los participantes y garantiza la confidencialidad.

No hay riesgos y si la información obtenida puede ser muy valiosa, para la formación de nuevos centros y optimizar la que se otorga en los ya existente,

CONCLUSIÓN: Teniendo presente, que: Este protocolo cumple con los requisitos éticos de una investigación; con la legislación nacional vigente, con relación a las Leyes: 19628, 20120 y 20584 y que no implica costos materiales adicionales, ni en recurso humano para la Institución; Este Comité considera que no hay inconvenientes, para solicitar a la Dirección del Hospital Dr. Sotero del Río, la autorización para la realizar esta Investigación.

Le solicitamos:

1. **Le solicitamos *antes de iniciar el estudio* obtener la aprobación de él, por la autoridad administrativa correspondiente de la Institución, (Director de Hospital, CESFAM, o quien corresponda) y hacernos llegar una copia de dicha a probación. El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.**
2. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
3. Usar los consentimientos informados validados por este Comité.
4. **Informar cada 6 meses o lo menos una vez al año de su marcha,** como También de cualquier publicación o presentación a congresos que dé él se generen.
5. La validez de esta aprobación es por un año al cabo del cual con el Informe Correspondiente debe solicitarse su renovación



Dr. Patricio Michaud Ch.
Presidente
Comité Ético Científico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Cc Dirección, Hospital Dr. Sotero del Río.

ANEXO N°5: Consentimiento informado y guión temático de la entrevista



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de tesis

"Atención de salud en niñez y adolescencia trans.

Estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río"

Estimado(a) entrevistado(a):

El fin de este consentimiento es solicitar su colaboración, a través de una entrevista, en el Proyecto de Tesis desarrollado por Paula Maureira Martínez, alumna del Programa de Magíster en Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. La tesis tiene por tema de investigación **"Atención de salud en niñez y adolescencia trans. Estudio de caso en el Complejo Asistencial Sótero del Río"** y tiene por objetivo comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención de salud trans en el sistema público.

La investigación tiene una duración estimada de 3 meses y será desarrollada utilizando una metodología cualitativa exploratoria de Estudio de caso, y su implementación contempla entrevistas, análisis documental y legislativo. El propósito es crear un insumo para la comprensión y análisis de las capacidades gestión, desde el marco legislativo actual, de un modelo de atención en salud de niños, niñas y adolescentes trans.

La entrevista se realizará en un lugar acordado por ambas partes y se registrará a través de una grabación de audio y tendrá una extensión aproximada de 1 hora. Se contempla realizar solo una entrevista por participante, pero excepcionalmente se le podría solicitar una segunda instancia para profundizar algunos aspectos. Se estima entrevistar a otras diez personas ligadas a la implementación del programa en la Región Metropolitana, como otras regiones con proyectos similares. Su colaboración es voluntaria, por lo que puede cambiar de opinión respecto a ella en cualquier momento, no existiendo ninguna consecuencia negativa para usted y se eliminará toda información que usted brinde.

Su participación no contempla beneficios ni incentivos monetarios, pero se espera que su colaboración permita seguir mejorando la salud de la población e infancia trans. En relación a los riesgos asociados a su participación, si no tiene relación contractual o si decide que su participación será de carácter anónimo, no se estiman riesgos asociados a ser entrevistado, ya que nadie deberá



poder identificarlo. Sin embargo, si usted posee una relación contractual con el servicio de salud y decide que su participación será de carácter público, sus opiniones podrían ser reconocidas por otras personas como su empleador y/o jefaturas.

Toda la información que usted aporte será tratada de manera confidencial y con nombres cifrados para salvaguardar los derechos presentes en la ley chilena N° 19.628. Solo tendrá acceso a ella el equipo investigador, quienes no poseen la autorización para difundir a terceros las entrevistas realizadas. Los datos obtenidos no serán utilizados para objetivos ajenos a este estudio ni para fines no autorizados por usted en este consentimiento, siendo custodiados por Paula Maureira en la Escuela de Enfermería UC, en el Departamento de Salud del Niño y Adolescente, con sede en Vicuña Mackenna 4860, Macul; por un periodo de tres años. Después de ese período, el material recabado podrá ser eliminado.

Los resultados de la investigación se encontrarán disponibles al término de esta, pudiendo ser solicitados a Paula Maureira, al correo electrónico pmaureira@fen.uchile.cl, como cualquier información adicional que requiera. Asimismo podrá contactar a cometica@fen.uchile.cl, como contacto del Comité de Ética de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en caso de algún potencial conflicto. Los resultados podrán ser utilizados para publicaciones en revistas de carácter científico y eventos académicos, resguardando todo dato que pudiese identificar a su emisor. Además, usted obtendrá una copia de este consentimiento.

- No otorgo autorización para ser entrevistado
- Doy mi autorización para realizar la entrevista y que sea utilizada para los fines antes descritos, de forma anónima
- Doy mi autorización para realizar la entrevista y que sea utilizada para los fines antes descritos, de forma pública

ENTREVISTADOR:

Nombre:

Firma del entrevistador:



ENTREVISTADO:

Nombre:

Firma del entrevistado:

Fecha y lugar:

ANEXO N°6: Directriz de análisis de entrevistas

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	PREGUNTAS RELACIONADAS
<p>¿Cómo la atención para la identidad de género infantojuvenil se ha ajustado a los parámetros de los derechos humanos, sexuales y de infancia, y a las necesidades integrales de salud de esta población?</p>	<p>Comprender las características, obstáculos y oportunidades de la formulación de un modelo de atención de salud en niñez y adolescencia trans en el sistema público</p>	¿Bajo qué marco legislativo es posible la implementación y destinación de recursos para la atención trans? ¿Cómo se financia este programa nuevo y sus prestaciones?
		¿Cuál es su percepción frente a las Circulares y Vía Clínica? ¿Las consideran suficientes, insuficientes para generar prestaciones integrales en salud trans?
		¿Hacia donde deberían avanzar las políticas públicas para la implementación de un modelo de atención integral de NNA trans?
		¿Cuáles considera fueron los principales obstáculos y oportunidades que se encontraron en la creación e implementación del programa, según la normativa?
		¿Cuáles fueron los obstáculos en la implementación de este proyecto? ¿con qué apoyos contaron?
		¿Cómo fue la recepción del proyecto de un programa de atención de personas trans?
		¿Cuáles identificarían como los actores claves para la aprobación de un sistema de atención nuevo?
		¿Desde quiénes o desde dónde nace el crear un programa que atienda a las necesidades en salud trans?
		¿Qué actores, comunidades y/o grupos (agentes políticos y técnicos, colectivos, instituciones, sociedad civil) estuvieron involucrados en la creación del sistema de atención establecido? ¿Qué rol jugó cada uno?
		¿En qué modelos o experiencias se basaron para establecer este espacio?
		Considerando el modelo de atención implementado, ¿Cómo cree que se responde a las necesidades de salud en niños, niñas y adolescentes (NNA) trans?
		¿Cuáles son las prestaciones posibles para quienes ingresan al programa?
		¿Los actores, hoy, implicados en la marcha del programa son suficientes y adecuados?
		¿Cómo interactúan los derechos y deberes de los pacientes en la atención de salud en menores de edad?
		¿Cómo se establece la derivación y flujogramas para la atención en los distintos niveles de atención?
		¿Cómo se realiza la atención de salud de un menor de 18 años cuando se habla de identidad de género? ¿Qué diferencias y semejanzas existe en la atención de menores de 18 años y adultos trans? ¿Cuáles son las limitaciones en la atención de niños/niñas trans?
		¿Cuál es el aporte que se espera de cada profesional o funcionario a la atención integral de un niño/niña trans?
		¿Cree que es necesario en el caso NNA trans integrar a la familia o cuidadores en el proceso de transición?
		¿Cuál es el procedimiento decisonal frente a tratamientos irreversibles de transición?
		¿Cuáles son los efectos esperados en NNA partícipes de este programa? ¿A corto, mediano y largo plazo? ¿En sus familias/cercanos?
		¿Qué acciones se han tomado para visibilizar la naturaleza no binaria en el trato y acogida?
		¿Bajo qué valores y creencias se formula un proyecto de atención trans?
		¿Qué competencias se esperan en la atención de personas trans? ¿En el trato con la infancia?
¿Cómo considera que el derecho a la identidad de género se refleja en el trabajo realizado en el programa?		
¿Considera que existieron discusiones sobre la ideología de identidad de género infantil en el proceso de formulación del programa? Si los hubieron ¿Cuáles fueron?		
¿Cómo se actúa frente a un niño/niña trans y un niño/niña intersex? ¿Qué diferencias y semejanzas existe en la atención?		

FUENTE: Elaboración propia

Anexo N°7: Resumen de normativas

Marco normativo	Ministerio de Salud	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Servicio Médico Legal	Ministerio de Justicia	Ministerio de Relaciones Exteriores	Ministerio Secretaria General de Gobierno	Dirección del Trabajo	Superintendencia de Educación
Leyes	N°18469 (2006); N°20.584 (2012)			N°17.344 (1998)		N°20.609 (2012)		
Decreto	N°140 (2004);				N°830 (1990)			
Circulares	N°11 (2016); N°34 (2011); N°21(2012); N°18 (2015); N°7 (2016)		N°1297 (2012)					
Ordenanzas		N°203 (2017)					N° 0823/0026 (2016)	N°0768 (2017)
Resolución exenta		N°477 (2018)						

FUENTE: *Elaboración propia*

ANEXO N°8: Integrantes del Programa de Identidad de Género CAHSR

Integrantes del Equipo

Área Psicosocial:

- Trabajadora Social: Laura Toledo Fabregat
- Psicóloga: Janet Nosedá Gutierrez.
- Asesora de Salud Mental: Dra. Ana Valdés, Jefa Unidad de Salud Mental SSMSO.

Área Endocrinología

- Dr. Rafael Tellez Tellez
- Dr. Alejandra Cartes Lagos.
- Dra. Javiera Pérez Etcheverry

Área Quirúrgica:

- Ginecología: Dra. Javiera Barros Puerta
- Urología Infantil: Dra. Min Jeong Bas

Área administrativa:

- Adm.: Sra Valery Peñaloza Wrighton

Área de Gestión Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río:

- Dr. José Luis Contreras Muñoz: Jefe Centro de Responsabilidad de Especialidades Ambulatorias y Mixtas Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Área de Gestión Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente:

- Matrona Cynthia Aránguiz Castro: Asesora Técnica Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

FUENTE: *Gentileza de la jefatura del CDT, Complejo Hospitalario Sótero del Río*

