

Conclusiones y Recomendaciones del Informe Final

Comisión Especial Investigadora N°57

CONCLUSIONES

Esta Comisión Investigadora nace a partir de los cuestionamientos al programa Chile Crece con Orgullo o PAIG en la Comisión de Familia de la Cámara que a su vez se desprenden de la publicación del Informe Cass (10 de abril de 2024) y del reportaje “Pubertad interrumpida: niños trans inician tratamiento hormonal en medio de controversias” de Sabine Drysdale para la red Bio Bío (29 de mayo de 2024).

El reportaje de Drysdale arrojó las primeras cifras relativas a la cantidad de NNA que ingresaron al PAIG según reportes del MINSAL: 1.202 durante el 2023 y la proyección de 2.940 para el 2024 evidenciando que “en solo dos años, más de 4.000 niños habrán sido atendidos, a pesar de la falta de consenso en la comunidad médico-científica y el retroceso en varios países europeos sobre aplicar tratamientos.”.

Si bien la subsecretaria de Salud Pública, Andrea Albagli, en su presentación ante la Comisión de Familia de la Cámara de Diputados explicó que el programa nace con la ley que reconoce y protege el derecho a la identidad de género ([Ley N°21.120](#)). Esta Ley no se refiere específicamente a la implementación del PAIG dirigido a NNA de 3 a 17 años de edad y que se configura como la “puerta de entrada” a terapias hormonales y que fomenta la transición social sin contar necesariamente con la anuencia de los padres o cuidadores.

El PAIG está implementado en 37 hospitales del país y las duplas psicosociales poseen atribuciones para realizar intervenciones familiares, dentro de los espacios educativos, derivación a terapias hormonales, así como también la facultad de realizar acciones legales contra los “padres resistentes” que se oponen a la transición de género de sus hijos o buscan mayor prudencia al momento de avanzar en las distintas etapas de la misma.

A través de 11 sesiones y después de haber recibido autoridades de gobierno, profesionales, delegados de hospitales, integrantes de las duplas psicosociales, testimonios de padres, detransicionadores, personas trans, endocrinólogos, etc., la comisión puede concluir lo siguiente:

I. Ministerio de Salud

- 1. PAIG y hormonoterapia.** A lo largo de todas las exposiciones de las autoridades citadas se sostuvo permanentemente que el “programa no incluye la prescripción de hormonoterapia para bloqueo puberal o género afirmativa ni tampoco la indicación de cirugías que pudieran estar asociadas a la reafirmación sexogénica.”¹.

Sin embargo, nunca se mencionó que las duplas psicosociales del PAIG tenían facultades para derivar menores de edad a hormonoterapia. A la sesión del 12 de agosto, el Ministerio de Salud envió una serie de documentos, entre ellos, las Recomendaciones de 2021 y la Orientación

¹ Acta de la sesión del 26 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora, página 18.

técnica de 2023². En ambos documentos se menciona explícitamente tal posibilidad: “Además, **se deberá entregar información sobre opciones disponibles de tratamiento en el futuro, sus ventajas y desventajas, y edades recomendadas para acceder a ellos (tratamiento hormonal, cirugías de modificación corporal, etc.) (...)**”³, “Acompañamiento a la transición: A lo ya indicado para niños y niñas, **se agrega en la etapa adolescente: (...) Derivar a el o la adolescente para tratamiento hormonal o cirugía de modificación corporal, explicando el proceso y acompañando en los pasos a seguir.**”, “Si una persona solicita asesoramiento sobre tratamiento hormonal” se recomienda “Entregar orientación y atención de acuerdo con la capacidad de resolución de la red de salud”⁴. El señor Juan Pablo Rojas detalló en su exposición⁵ que existían 18 alusiones a tratamientos médicos (terapias hormonales y/o tratamientos de modificaciones corporales), tanto en las Recomendaciones (2021), como en la Orientación técnica (2023).

Como evidencia final de esta relación, consta en una charla sobre capacitación a la red pública de salud, sobre los “Lineamientos Técnicos para la Implementación de la Terapia Hormonal Género Afirmativa”: “en el caso de población menor de 18 años, población adolescente, van a tener una derivación desde el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género, teniendo una orden de atención que va a ser complementaria a la de la derivación. Entonces, desde el PAIG, desde el programa “Crece con Orgullo” se deriva a la persona al nivel de atención de especialidad (...)”.

Lo anterior se refuerza con la presentación acompañada en la capacitación: “A continuación, se describe el proceso de atención que realizará la persona que desee acceder a la terapia hormonal género afirmativa, desde la puerta de entrada hasta el eventual egreso y/o continuidad de la prestación: I. Puertas de entrada: (...) C. En el caso de menores de edad, el ingreso debe ocurrir a través del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG), quienes realizan la derivación interna al servicio o unidad que realice la prestación”⁶, acompañándose incluso con una foto sobre el “Informe asociado a la Orden de Atención para derivación desde el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género a equipo a cargo de la Terapia Hormonal Género Afirmativa”, que se trataría de un modelo de consentimiento informado⁷.

Además, existe una contradicción respecto a la reversibilidad de los tratamientos hormonales en los documentos de lineamientos técnicos sobre el PAIG, tal como señala Nicolás Raveau, investigador y ex activista trans, en su estudio enviado a la Comisión Investigadora⁸:

² Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=4461>.

³ Recomendaciones, página 72.

⁴ Recomendaciones, página 98.

⁵ Acta de la sesión del 28 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 10 y siguientes. El estudio publicado por el Sr. Rojas, en que analiza la fórmula de cálculo de la población beneficiaria del PAIG y la revisión de la bibliografía de 5 documentos chilenos se encuentra disponible en: <https://centropolicaspublicas.uft.cl/wp-content/uploads/2024/10/Tratamientos-medicos.pdf>.

⁶ Video enviado a la Comisión Investigadora, correspondiente al extracto transcrito. El video estaba publicado en la cuenta de Salud Digital en YouTube, pero fue eliminado.

⁷ Video enviado a la Comisión Investigadora, correspondiente al extracto transcrito. El video estaba publicado en la cuenta de Salud Digital en YouTube, pero fue eliminado.

⁸ Acta de la sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora. En el 4º punto de la cuenta se indica que se envió un correo adjuntando el estudio “Problemáticas de salud y acompañamiento social “género-afirmativo” orientado a menores de edad: conceptos, prácticas y alternativas”. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=135636>.

*“El documento nro. 3 en la bibliografía de “Recomendaciones” (...) [r]especto a NNA dice que **el uso de bloqueadores puberales “tiene la ventaja de ser reversible** y permitir un periodo de tiempo (entre los 12 y 16 años) para evaluar la persistencia de necesidad de reasignación corporal sexual y alrededor de los 16 años iniciar la terapia hormonal cruzada”. No menciona que los bloqueadores o supresores de la pubertad (análogos a la hormona liberadora de gonadotropina o GnRHα y que actúan como inhibidores por saturación) no han sido aprobados por la FDA (...) para tratar disforia de género o “acompañar” procesos de identificación trans en menores de edad, siendo sus usos oficiales: endometriosis, fibrosis uterina, ciertos tipos de cáncer y pubertad precoz. **Hay que tomar en cuenta que para frenar pubertades precoces los endocrinólogos los administran durante un lapso de meses. Otra cosa es suponer que cuatro años de supresión puberal no tendrá efectos irreversibles.** Los estudios holandeses que comentábamos anteriormente generaron y difundieron la confusión, siendo que, por ejemplo, en 2006 señalaban que “no existe claridad respecto a la influencia que la supresión puberal tendrá en el desarrollo cerebral”, al año 2016 declaraban que eran “completamente reversibles”. **Ha sido finalmente, la reproducción de la falta de rigor metodológico de los estudios holandeses, la que ha creado el mito de la línea divisoria entre reversibilidad (bloqueadores puberales) e irreversibilidad (terapia hormonal cruzada).** Incluso los datos de la mayor clínica pediátrica de género a nivel mundial, la inglesa Tavistock, a la fecha en proceso de clausura por malas prácticas, cifraba en 95% los NNA que pasan de recibir bloqueadores de la pubertad al tratamiento con hormonas cruzadas. (...)*

*Otro documento, nro. 83 en la bibliografía de “Recomendaciones”, incorpora un análisis normativo de leyes, circulares, decretos y resoluciones, junto con entrevistar equipos de salud respecto a su implementación y alcances. **Considera que “explorar la identidad” durante la pubertad (p. 86) tendría relación con bloquearla químicamente, y que este proceso sería médicamente reversible:** “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” (p. 87). **Respecto a la reversibilidad o posibles consecuencias, se contradice con la pág. 18 del mismo documento: “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. Sin embargo, otros estudios argumentan que muchos adolescentes piensan que ser feliz es más importante que las consecuencias a largo plazo”. Así de deficiente es el razonamiento de la afirmatividad chilena. (...).”***

Así, no cabe duda alguna que el PAIG tiene una directa relación con la hormonoterapia a menores, en cuanto sirve como una puerta de entrada inductiva para ella, y que en la red pública de salud se habían realizado capacitaciones para materializar estas derivaciones.

2. El enfoque afirmativo. Uno de los temas más discutidos en la Comisión y que nunca se pudo dilucidar con claridad fue el significado del enfoque género afirmativo que se aplica en el PAIG y en la red de salud pública.

Distintos expositores insistieron a lo largo de las sesiones que el enfoque de género afirmativo *“no se lleva a cabo para afirmar que el niño sea trans o tenga género disconforme, sino que para acompañarlo en*

ese proceso”⁹, pero, en la práctica, “*si el paciente, con todas las evaluaciones que hacemos, quiere transitar, uno lo va a apoyar*”¹⁰. En el ámbito educativo el enfoque buscaría “*entregar orientación para apoyar a la comunidad educativa en la inclusión de todo tipo de niños, niñas y adolescentes, jóvenes, y así evitar la discriminación y el rechazo por razones de identidad de género, promoviendo su constitución como un espacio protegido, seguro y afirmativo que asegure el desarrollo integral*”¹¹, y en el ámbito parvulario se trataría de “*darles oportunidades a los niños para que se sientan acogidos y no discriminados por sus eventuales expresiones (...) es muy importante que los niños se sientan amados, valorados, acogidos, respetados y no censurados y excluidos por expresarse de una u otra manera*”¹².

Así, el enfoque género afirmativo se trataría de una forma neutra de realizar este acompañamiento, buscando que el menor descubra por sí solo y sin coacción externa “su identidad de género”.

Sin embargo, esta defensa enfrenta dos problemas. El primero es lo que indica el mismo PAIG. El segundo, se refiere al despliegue de acciones.

El PAIG señala que el objetivo del componente de Apoyo Psicosocial es “*entregar orientación al NNA afirmando su identidad de género, validando sus emociones e incertidumbres, (...)*”¹³, es decir, afirma la identidad de género autopercebida que el menor declare. Esto queda claro al exigir la existencia de la expresión de una convicción por parte del menor de edad para ingresar al PAIG. Efectivamente, la página 8 indica “*Si no corresponde a población objetivo del programa, es decir no existe la expresión de una convicción por parte del NNA acerca de una identidad de género no conforme (...)*”, será derivado a una Oficina Local de la Niñez. Así, ¿quién define que existe tal convicción? ¿A cuántos menores se les ha rechazado su ingreso al PAIG por no cumplir este requisito? La Comisión nunca recibió respuesta concreta sobre cuáles serían las señales que manifestaría el menor a partir de las cuales se podría concluir que sí sería parte de la población objetivo del programa.

En segundo lugar, las acciones que puede adoptar la dupla psicosocial no van en el sentido de un acompañamiento “neutro”, sino que validan esa autopercepción del menor. De esta manera, las acciones de la transición social siempre apuntan en la dirección de aceptar e incentivar la expresión de esa identidad de género que debe ser afirmada. Lo anterior se encuentra reflejado en varias de las sugerencias de las Recomendaciones:

- Al definir la transición social: “*Cambios hacia un rol de género coherente con la identidad de género. Puede ser transición social parcial (por ejemplo, el uso de ropa y con un peinado que refleje su identidad*

⁹ Acta de la sesión del 12 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora.

¹⁰ Intervención de la señora Hana Rumić, doña Hana, jefa de la Unidad de Diabetes y Endocrinología Infantil del Hospital Dr. Sótero del Río, en la sesión del 12 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora.

¹¹ Intervención de la señora Alejandra Arratia, ministra de Educación subrogante, en la sesión del 23 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora.

¹² Intervención de la señora Claudia Lagos, subsecretaria de Educación Parvularia, en la sesión del 23 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora.

¹³ Informe de detalle de Programas Sociales, Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021 del PAIG, página 5.

de género) o total (por ejemplo, **utilizando también un nombre y pronombres congruentes con su identidad de género**)”¹⁴.

- En la Tabla N°4, se incluyen recomendaciones para la familia de acuerdo al desarrollo de la identidad de género¹⁵. Así:

› **Entre los 1 y 4 años**, se recomienda “evitar los estereotipos rígidos de roles exponer a los niños y niñas tempranamente a juegos flexibles para ambos sexos, explicando que el uso es independiente al sexo y género”. En aquellos niños entre 1 y 4 años que “muestren señales de género no conforme”, que nunca enumeran, definen ni explican, se sugiere “Derivar a Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme”. Como señalamos, el propio Ministro de Educación reconoció que al menos existía un caso de derivación desde un jardín infantil al PAIG.

› **Entre los 5 y 10 años**, se recomienda “promover (...) preguntas en relación con la sexualidad y el Género”, así como “comenzar a hablar acerca de los cambios que trae consigo la pubertad y entregar información de forma anticipatoria al niño/a y su familia”. Se insiste en que se realice la derivación al programa de acompañamiento, e incluso “verificar su adherencia si ya ha sido ingresado”. Quizás lo más revelador surge cuando se recomienda apoyar al menor “y mantener una visión afirmativa de su identidad de género”. Es decir, el menor continuamente está recibiendo desde su entorno más cerca una validación constante que se inicia con la sola autopercepción. La posibilidad de cuestionar o indagar por otras causas no existe. Finalmente, puede ocurrir que el niño “no tenga claridad sobre su género, se recomienda a los padres permitir la expresión libre de conductas de todo género, con el fin de que haya exploración y a través de ello mayor claridad.”. ¿Claridad sobre su género?

› Entre los **10 a 18 años**, de todas las recomendaciones, la más grave es promover (i) “que padres/cuidadores ocupen instancias de información fidedigna, a través de profesionales como endocrinología (...)” y (ii) “el acompañamiento de las decisiones que permitan a los/las adolescentes vivir con las características del género sentido. Estas consideraciones podrían beneficiar la calidad de vida y **también tener una apariencia física que les permita vivir en el género afirmado**”. El PAIG es la antesala de la hormonación, incentivada por los propios padres, gracias a la promoción que hace el Ministerio de Salud.

Santiago Hormazábal, hombre transexual, en su testimonio¹⁶, también abordó la relación del enfoque afirmativo con el PAIG: “no basta con quedarse con el eslogan de que no contempla la hormonización ni la cirugía, **porque sí hay un fomento a la transición, y es la transición social**, que esa sí se puede hacer desde los tres años, y no me refiero a un simple cambio de look, porque eso lo hacemos todos, cuando nos cortamos el pelo o cuando lo dejamos largo —los escoceses usan falda—; me refiero al cambio de nombre y pronombre, porque **eso es repetirlo constantemente y todos los días al menor que es del sexo opuesto** y hoy no sabemos cuáles son las afectaciones psicológicas que puede tener ese actuar en el menor; lo que sí sabemos, y lo dicen algunos expertos, es que **la transición social en ningún caso es un acto neutral y, a mi juicio, es un camino directo a la hormonización**. (...) para mí la transición social es una cinta transportadora que lleva al menor directamente a la modificación corporal. Se los digo

¹⁴ Página 31.

¹⁵ Páginas 48 y 49.

¹⁶ Acta de la sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 33 y siguientes.

porque estuve ahí, siendo adulto, a los 27, 28 años; llegué a terapia con una ansiedad por las nubes y lo único que quería era hormonarme; tenía un cuadro depresivo y lloraba en todas las sesiones. Entonces, si un adulto llega en esas condiciones, ¿qué esperamos para un adolescente?”.

- 3. Información incompleta la cantidad de menores ingresados al PAIG.** A pesar de las constantes solicitudes, el MINSAL nunca entregó los detalles de la información requerida. Tanto en las presentaciones, exposiciones, documentos enviados y oficios de respuesta a solicitudes parlamentarios, nunca se supo el detalle de menores ingresados al PAIG por edad, no por rango etario, ni su sexo.

En la sesión del 12 de agosto, tanto en la presentación como en el documento enviado, la Ministra de Salud señaló que entre abril de 2023 y abril de 2024, al PAIG “*ingresaron 1.962 NNA*” y actualmente (agosto de 2024) serían “*1.741 NNA*”¹⁷. En el Informe enviado por el MINSAL en la misma fecha, se detallan las cantidades por Servicio de Salud, Establecimiento de Salud y población adolescente o infantil (Tabla 1) y la cantidad de actividades con NNA, con familiares y/o cuidadores y con miembros del equipo pedagógico (Tabla 2)¹⁸.

En la sesión del 26 de agosto, la Ministra detalló que “*el 60% tiene entre 15 y 17 años, y el 38% entre los 10 y 14 años. Solo el 2% aproximadamente tiene menos de 10 años, con dos NNA entre 3 y 4 años*”¹⁹.

Por otro lado, en el Ordinario A1/N°2734, enviado el 7 de octubre por la Ministra de Salud a esta Comisión, se actualizó la información sobre menores ingresados al PAIG entre abril de 2023 y agosto de 2024, detallando el Servicio de Salud, el Establecimiento de salud y el rango etario (3 a 9 años, o, 10 a 17 años), con un total de 2.594 menores²⁰.

En ninguno de estos 3 casos se detalló la edad ni el sexo de los menores, cuestión crucial atendiendo que fue uno de los factores clave tanto para solicitar el Informe Cass como en sus conclusiones.

- 4. Información incompleta sobre menores hormonados.** Según el Informe del MINSAL, “*el 6 de junio de 2024 se envió un correo electrónico a Servicios de Salud, solicitando recabar información sobre la prescripción de terapia hormonal a menores de 18 años que, de manera paralela, estuvieran recibiendo acompañamiento por PAIG. Según lo informado, al 4 de julio de 2024 habría 600 menores de 18 años en esta condición*”.

En la sesión del 12 de agosto, la Ministra de Salud señaló: “*Los niños que están en el programa de acompañamiento son alrededor de 1.962, y, según los encargados, la cantidad de niños que están en ese programa y reciben tratamiento son alrededor de 600. (...)*”, y respecto a la edad sostuvo que “*puede ser una cifra que puede cambiar. Lo que sabemos es que son niños sobre diez años, pero no podría afirmarlo, porque puede haber niños que comiencen su fase prepuberal a los nueve años, pero normalmente no es antes de eso. (...) A nosotros se nos ha informado que es desde los diez años, pero no es un registro. (...) Vamos a volver a hacer la consulta para mejorar la información, pero eso es lo que sabemos.*”.

¹⁷ Diapositiva 16.

¹⁸ Páginas 17 y 18.

¹⁹ Página 8.

²⁰ Página 2.

En el Ordinario A1/N° 2403, del 26 de agosto de 2024, enviado por la Ministra de Salud a esta Comisión, indicando a los Servicios de Salud se les “realizó una segunda consulta, inquirendo sobre la distribución por edad de los NNA que reciben hormonoterapia, informándonos que no existen menores de 10 años que estén recibiendo terapia hormonal (68% entre 15 y 17 años y 32% entre 10 y 14 años)”²¹. Esta información es incompleta por cuanto no se entregó, conforme a lo solicitado, la edad, sexo y tipo de tratamiento de esos 600 menores.

Por otro lado, la información sobre el total de menores de edad tampoco se precisó ni actualizó. **No se aclaró si esos 600 casos correspondían a derivaciones desde el PAIG, o que primero recibieron terapia hormonal y luego ingresaron al PAIG, o si se trataba del total de menores hormonados, tuviesen o no relación con el PAIG, puesto que si sólo se refería a los que sí la tenían, existe una cifra negra sobre menores de edad en tratamiento hormonal y que no ingresaron al PAIG.**

Nunca se explicó la cifra de los más de 1.300 menores bajo hormonoterapia y más 400 en lista de espera, según la minuta del Minsal de abril de 2023. Atendida la gravedad de la situación, y en relación a esos 600 casos, se esperó una mayor colaboración por parte del MINSAL, entregando más información sobre la duración de los tratamientos, desde cuándo comenzaron, etc.

Por último, respecto a la edad, se informó de 2 niñas de 9 años que habrían recibido terapia hormonal, una en el Hospital Luis Calvo Mackenna²² y otra en el Hospital Clínico de Magallanes²³, por lo que la información que dispone el Minsal no es precisa y revela el grado de desconocimiento de la realidad de cada hospital.

5. La ilegalidad de la terapia hormonal a menores de edad. En derecho público rige el principio según el cual el Estado solo puede ejecutar aquello que está permitido.

De la revisión de antecedentes normativos, el único documento que se refiere a la realización de terapia hormonal y cirugías a menores identificados trans es la Vía Clínica de 2010, que regula estos tratamientos solo para mayores de edad. Si bien una de las últimas páginas de dicho documento señala que se debe realizar una actualización para que incluya a menores de edad, esta Comisión no ha recibido antecedentes sobre actualizaciones ni tampoco sobre la derogación de la Vía Clínica. Por tanto, el Ministerio de Salud estaría contradiciendo su propia normativa al permitir que el PAIG incluya la posibilidad de derivar casos a terapia hormonal.

El Ministerio de Salud constantemente aludió a su ausencia de responsabilidad en la realización de terapias hormonales y cirugías debido a que no existía un programa ministerial que lo incluyera, por lo que la responsabilidad era exclusiva de los doctores que administraban los medicamentos para dichas terapias, pero existe una responsabilidad por omisión, toda vez que las facultades legales que el DFL 1 del 2005 entrega al Minsal, incluye “Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población” (Art. 4°, N°4). Por otro lado, el art. 94 del Código Sanitario señala: “Corresponderá al Ministerio de Salud velar por el acceso de la población a medicamentos o productos farmacéuticos de calidad, seguridad y eficacia, lo que llevará a cabo por sí mismo, a través de sus

²¹ Página 2.

²² Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO109T0000559 (16 de agosto de 2024).

²³ Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO082T0000658 (23 de agosto de 2024).

Secretarías Regionales Ministeriales y de los organismos que se relacionan con el Presidente de la República por su intermedio.” (inciso 1°).

Durante la tramitación de la actual Ley N° 21.120, no fue parte del espíritu del legislador incluir la derivación de menores a terapia hormonal desde los programas de acompañamiento, y tampoco ello aparece en el reglamento que los regula.

6. Los efectos de la hormonoterapia, su irreversibilidad y los estudios del Minsal al respecto.

A lo largo del desarrollo de la Comisión Investigadora, los efectos de la hormonoterapia fueron largamente discutidos y explicados. Sin embargo, la ausencia de evidencia científica sólida que defienda la conveniencia de su uso e implementación, como se desprende de los mismos estudios emanados por el Minsal, llevan a la conclusión del peligro real que existe para miles de niños. La realización de los tratamientos hormonales en casi todos los hospitales en que está instalado el PAIG se puede constatar con los documentos que la Corporación Comunidad y Justicia envió a la Comisión Investigadora, a partir de respuestas a solicitudes de información pública²⁴.

Una primera aproximación es el testimonio de Santiago Hormazábal²⁵, quien señaló que la hormonización cruzada tiene efectos secundarios no estudiados, pues *“una cosa, por ejemplo, es usar la testosterona en hombres que tienen un desarrollo hormonal bajo; pero otra es utilizarlo en cuerpos donde tiene que haber un nivel bajo de testosterona y, de hecho, de ser altos, como en el síndrome del ovario poliquístico, aumenta riesgos de padecer enfermedades como resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión arterial, colesterol alto, entre otras cosas.”* Personalmente, señaló que sufre de *“taquicardia; sufro de insomnio constante; ya estoy con suplementos de calcio por problemas óseos; sufro de fuertes sofocos, que es un calor constante con sudoración, que llega a picar el cuerpo completo. **Por eso, hoy, a mis 41 años, después de estos 12 años de transición, más dos años de terapia psicológica previa, recién le estoy tomando el peso a que me voy a morir joven, que es algo que no les dicen a los niños cuando inician.**”* Respecto a las comorbilidades psiquiátricas sostuvo que se encuentran detalladas en la literatura científica *“que van desde trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático, TOC, trastornos de personalidad, identidad disociativa, incluso, de esquizofrenia, entre muchos otros más”*.

En segundo lugar, destaca lo señalado en el testimonio entregado por Nicolás Raveau, investigador y ex activista trans²⁶: *“Entre 2015 y 2018 codirigí la Fundación Transitar, que probablemente fue la más conocida en su momento, apoyando a familias de menores de edad identificados trans en nuestro país. (...) Mía fue la decisión en 2015, y sobre la base de la lectura de la escasa evidencia científica de entonces, de no aconsejar tratamientos hormonales a menores de edad.”* Es decir, para 2015 ya había antecedentes suficientes sobre la falta de evidencia para realizar hormonación de menores de edad, a pesar de que ello ya había empezado a ocurrir en distintos hospitales públicos de Chile.

²⁴ Acompañado en el punto 9 de la cuenta de la sesión del 14 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=137155>.

²⁵ Acta de la sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, página 33 y siguientes.

²⁶ Acta de la sesión del 23 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, página 41 y siguientes.

Como tercer punto, en el documento que el Minsal acompañó en su primera presentación ante la Comisión Investigadora, la revisión de la literatura científica fue incluida. En ella se señaló que en 2023 el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA-SBE):

*“realizó una revisión de literatura sobre la efectividad y seguridad de hormonoterapia en adolescencia considerando sus efectos en salud mental, densidad ósea e índice de masa corporal. El informe entregado en marzo de 2023 concluye que “No es posible establecer el efecto del uso de estradiol, testosterona y análogos GnRH en adolescentes con disforia de género sobre la salud mental (depresión), eventos de intento de suicidio, calidad de vida, índice de masa corporal (IMC) y eventos adversos, dado que no se disponen de estudios comparativos. En este informe solo se presentan las diferencias en los cambios desde una medición basal hasta una medición posterior al tratamiento, pero es necesario tomar con precaución estos resultados, dado que **no se puede establecer la efectividad y seguridad de la intervención, además la certeza de la evidencia existente es muy baja, por lo que existe considerable incertidumbre sobre el beneficio clínico de las estimaciones presentadas**”. En abril 2024 se solicita actualizar esta revisión, la que arrojó resultados similares.”²⁷.*

Lo anterior es muy relevante por cuanto es el mismo Ministerio de Salud el que encarga un estudio en el que se reconoce que la evidencia existente sobre la efectividad y seguridad de los tratamientos hormonales en menores de edad *“es muy baja, por lo que existe considerable incertidumbre sobre el beneficio clínico de las estimaciones presentadas”*. Esta conclusión de 2023 no varía en abril de 2024, luego de la publicación del Informe Cass, pero aún así, el Ministerio de Salud decidió, mediante resoluciones exentas²⁸, crear un comité de expertos científicos para que establecieran los lineamientos para realizar terapias hormonales en menores de edad. Es decir, a pesar de tener en sus manos informes que daban cuenta que no se contaba con información de buena calidad, la pregunta no fue si se debía hormonar o no a menores de edad, sino cómo hacerlo. La diferencia es crucial y la responsabilidad es ministerial.

En el Ordinario 2403 del Ministerio de Salud, del 26 de agosto de 2024, se informa que el mismo Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia *“realizó un informe de efectividad sobre el uso de la hormonoterapia en adolescentes, buscando la literatura identificada hasta julio de 2024”*. El siguiente párrafo es de máxima importancia: ***“En este [informe del Departamento] se evaluaron los efectos y beneficios de los análogos de GnRH, estradiol o testosterona en NNA con disforia de género, concluyendo que existe mucha incertidumbre para los beneficios y los daños del uso de la terapia hormonal. La certeza de la evidencia es extremadamente baja, ya que proviene de estudios muy pequeños, con un alto riesgo de sesgo, que además muestran resultados variables.”***²⁹. Nuevamente, el segundo informe de este Departamento es claro: la terapia hormonal en menores de edad es incierta en cuanto a sus beneficios y la certeza de la evidencia es extremadamente baja y sesgada.

En esta última resolución se acompañó un Anexo con 11 estudios que supuestamente respaldarían la reversibilidad de la terapia hormonal, pero de ellos, 2 no citaban estudios al respecto (el ensayo de Jorgensen et al., 2024, y la revisión de literatura de Klein, 2022), otro no

²⁷ Informe del Ministerio de Salud entregado a la Comisión Investigadora en la sesión del 12 de agosto de 2024, páginas 15 y 16.

²⁸ N°s 1063 y N°1067, de la Subsecretaría Pública de Salud.

²⁹ Ordinario N° 2403 del Ministerio de Salud, página 3. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=323948&prmTIPO=DOCUMENTO_COMISION.

la avalaba (el ensayo de Biggs, 2023), otro si la avalaba, “*aunque solamente la menciona en el abstract*” (la revisión sistemática de Rew, 2021) y otro señalaba que “*no hay suficiente evidencia de que sus efectos son reversibles completamente*” (Baxendale, 2024). Entre los que sí avalaban la reversibilidad, 2 eran revisiones de literatura (Panagiotakopoulos et al, 2018, y Kreukels et al, 2011) y otro era una guía clínica (Coleman et al, 2012). En resumen, la evidencia acompañada tampoco se podría considerar suficiente.

Por último, la exposición y respuestas de la Dra. Francisca Ugarte, endocrinóloga pediátrica, fueron esclarecedoras en lo que se refiere a los daños y riesgos tanto de la transición social del PAIG como en los tratamientos hormonales³⁰.

Así, respecto a lo primero, señaló

“(…) el desarrollo cerebral para intentar detectar cómo puede estar impactando una transición social temprana en el desarrollo psicosexual, vemos que las partes del cerebro que están involucradas en lo que será el día de mañana tanto el lóbulo frontal como la zona hipotálamo-hipofisaria, donde se va a producir la secreción de las hormonas relacionadas con el desarrollo puberal y el desarrollo del sistema límbico, al momento de nacer, los niños tienen alrededor de 100 mil millones de neuronas, y las interconexiones en estas neuronas alcanzan solo un 10 por ciento.

Posteriormente, durante la niñez, los niños van adquiriendo autonomía motora; el niño empieza a ser capaz de caminar, correr, saltar, etcétera; comienza a adquirir el lenguaje y empieza a tener una mayor comprensión del entorno. Eso se debe a la plasticidad cerebral, que se manifiesta a través de dos procesos importantes: uno es la mielinización, en que irá completando la capacidad de los distintos axones de transmitir a una mayor velocidad y con mayor eficiencia, y un fenómeno que se llama poda sináptica, en la cual el niño y el adolescente, así como en el adulto, vemos cómo, por ejemplo, las cosas que no son necesarias para la vida, uno las va dejando. Esto es fácil de entender cuando uno dice: si yo quiero que mis hijos tengan facilidad para los idiomas, trato de incorporarlos tempranamente, porque la plasticidad del cerebro en el niño es extremadamente alta y se va perdiendo en la medida que va creciendo.

Durante la adolescencia, a este fenómeno de la plasticidad, se agrega la secreción de las hormonas sexuales, que participan en el desarrollo del sistema límbico, donde están albergadas las emociones y las gratificaciones. Sin embargo, en la adolescencia, la corteza prefrontal todavía está inmadura y, por tanto, estas conductas que pueden tener los adolescentes no son adecuadamente frenadas por el lóbulo prefrontal. (...)

¿Qué pasa cuando hacemos una transición temprana? Por una parte, tempranamente cambiamos el entorno en la niñez. Por lo tanto, la comprensión del entorno se va a ver afectada y, por otra parte, vamos a alterar esta poda sináptica, toda vez que las experiencias que tiene el niño van a haber sido modificadas. (...)

De tal manera que la transición social es una intervención que modifica las experiencias de vida del niño, el curso espontáneo del proceso de desarrollo psicosexual y la maduración cerebral.”

Posteriormente al contestar una pregunta sobre el impacto de la transición social que ofrece el PAIG, dejó en claro que “*una transición social temprana impacta en el desarrollo cerebral del niño en muchos aspectos. Respecto de si dicha transición puede incidir en el desarrollo y la evolución psicosexual, creo que sí, porque, cuando uno se pregunta cuáles son los hechos que determinaron*

³⁰ Acta de la sesión del 4 de noviembre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 12 y siguientes.

este incremento tan importante en esos países, se puede advertir que **eran pacientes que ya habían sido intervenidos tempranamente en su vida.**”.

Sobre lo segundo (supresión de la pubertad) indicó:

“El desarrollo sexual es un proceso madurativo que también se inicia desde la vida intrauterina, en la cual vemos que tanto las gónadas, como los genitales internos y los genitales externos, dependiendo de aspectos cromosómicos, otros genes, hormonas, etcétera, irán definiendo que la gónada se diferencie hacia testículos y ovarios, y que los genitales internos evolucionen y permitan un desarrollo del epidídimo y los vasos deferentes en el varón, y en la mujer. (...)

Entonces, al momento de nacer, tanto las gónadas como los genitales internos y los genitales externos no están totalmente maduros. Están en una etapa en la cual hay partes de su estructura que están maduras y es durante la pubertad, bajo el efecto de las hormonas sexuales, que completarán su desarrollo.

Al suprimir la pubertad, también suprimimos el desarrollo de las gónadas; es decir, el testículo que tiene las células de Leydig y las de Sertoli funcionales no permitirán la maduración de las espermatogonias. En los genitales internos, por ejemplo, en la mujer, si no están las hormonas sexuales femeninas no se podrá desarrollar el útero y quedará como un útero infantil y tampoco se desarrollarán las otras estructuras. En los genitales externos, se verán afectadas aquellas modificaciones que van a permitir el acto sexual y que permite la reproducción.

Pero, no solo afecta a la parte de los órganos sexuales. Se sabe que la pubertad normal es una de las etapas de mayor acreción de calcio al hueso. Si bloqueamos la pubertad también tendremos, por falta de las hormonas sexuales, una disminución de la mineralización ósea. Hay estudios que demuestran que, aunque después se inicie el tratamiento hormonal cruzado en personas trans, no se alcanza la mineralización ósea total.

En relación con el crecimiento, sabemos que durante la pubertad viene el estirón puberal y que si lo bloqueamos también vamos a estar alterando ese proceso y hay trabajos, como el que se señala, de 2024, que muestra que los pacientes trans no alcanzan los pronósticos genéticos esperados y, finalmente, lo que se refiere a la parte cerebral, que ya habíamos comentado.

En cuanto al desempeño intelectual, la supresión de pubertad tampoco es inocua. En este estudio de 2015 se observa que, al comparar un grupo control de varones versus trans, que van variando de masculino a femenino, hay una diferencia en el coeficiente intelectual: 110 versus 94, y en el caso de femenino a masculino también hay una disminución, pero que no alcanza significancia. Y si vemos también en lo que es la Accuracy, que se refiere al porcentaje de éxito en responder una secuencia de unos scores y trials, también hay diferencias significativas.

¿Qué quiero decir con todo esto? Que durante la infancia y la adolescencia la gran plasticidad del desarrollo del cerebro hace que sean períodos de una alta vulnerabilidad y es por eso que la transición social durante la infancia es una intervención que modifica el desarrollo cerebral con cambios en el proceso.”.

Profundizando en el punto, señaló *“cuando uno utiliza análogos de GnRH para suprimir la pubertad en una pubertad precoz, lo que estamos haciendo es evitar una maduración antes del tiempo que corresponde, un cierre de cartílagos de crecimiento antes del tiempo que corresponde, un cambio desde el punto de vista de la maduración cerebral, antes del período normal de desarrollo. Por lo tanto, lo que hacemos es bloquear una pubertad que no debiera estar en una etapa en que esos procesos no corresponden que ocurran. (...)* De hecho, todos sabemos que los medicamentos análogos de GnRH, que suprimen la pubertad, están autorizados en el tratamiento de la pubertad precoz y en algunos otros tipos de cáncer, como el cáncer hormonodependiente. **Pero,**

en el caso de los niños con incongruencia de género, lo que se hace es al revés, por cuanto se frena en el proceso de pubertad normal. Y una vez que se frena muy temprano, tenemos el problema de que uno no puede tener hipogonádico, sin hormona, a un niño por tres, cuatro o cinco años, porque eso va a afectar más aún.”

El diputado Kaiser preguntó si consideraba que los estudios en que se basan los programas estatales contaban con suficiente respaldo científico, y la Dra. Ugarte respondió: **“el respaldo científico es extremadamente pobre y de mala calidad. Existen dos grandes instituciones que han sido como las madres para todas las guías clínicas: una es la World Professional Association for Transgender Health (Wpath) y otra la Endocrine Society. Sin embargo, cuando uno mira los trabajos en los que se basan, se puede apreciar que todos tienen “n” muy pequeños, con seguimientos a muy corto plazo. Lo que hay en niños y en la evolución a largo plazo es muy poco y de muy mala calidad, con fallas metodológicas importantes.”**

Respecto a la reversibilidad de los supresores de pubertad, sostuvo **“es una falacia decir que cuando uno suprime la pubertad por un tiempo prolongado, al retirar los medicamentos, y más aún si se ha agregado la hormonización cruzada, aquella va a ser reversible en un ciento por ciento. Eso no es verdad. De hecho, hoy todos los consentimientos exigen explicar a los pacientes cuáles son los posibles efectos adversos a largo plazo, dentro de los que se incluyen los problemas óseos y de fertilidad; incluso, recientemente se han detectado hasta problemas de incontinencia urinaria y otras cosas, como síntomas menopáusicos muy tempranos y todas las alteraciones metabólicas descritas. De manera que pensar que es reversible no es real.”**

En conclusión, los antecedentes entregados sobre la terapia hormonal, en especial, los testimonios acerca de sus consecuencias, los estudios del mismo Ministerio de Salud alertando sobre su baja fiabilidad y sesgo y las explicaciones de la Dra. Ugarte hacen exigible, por el bien mayor de los niños y jóvenes, la suspensión y cese las terapias hormonales a menores de edad en la red pública de salud chilena.

7. Los defectos técnicos del PAIG. En la sesión N°10 de la Comisión, el investigador Juan Pablo Rojas reveló dos defectos graves en el diseño y fundamentación del PAIG.

La versión 5 del PAIG se publicó en 2021, elaborada por Mauricio Carreño, del Departamento de Programas de Niñez y Familia, y señala que está destinado a niños desde los 3 años citando el estudio de Shields et. al (página 4), que concluyó que la tasa de menores de edad con disforia de género es de 1,3%. Sin embargo, de acuerdo a la exposición del profesor Juan Pablo Rojas en la Comisión de Familia del Senado, y que reiteró ante esta Comisión Investigadora³¹, sobre los resultados de la revisión de los antecedentes del PAIG, el estudio de Shields:

- (i) es de 2013, es decir, tiene 8 años de desactualización;
- (ii) se realizó en San Francisco, USA, es decir, en una cultura distinta a la chilena;
- (iii) a niños entre 12 a 17 años, es decir, a una población totalmente distinta;
- (iv) no fue un estudio sobre identidad de género, sino una encuesta sobre conductas de riesgo, y

³¹ Acta de la sesión del 28 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 10 y siguientes. El estudio publicado por el Sr. Rojas, en que analiza la fórmula de cálculo de la población beneficiaria del PAIG y la revisión de la bibliografía de 5 documentos chilenos se encuentra disponible en: <https://centropolicaspublicas.uft.cl/wp-content/uploads/2024/10/Tratamientos-medicos.pdf>.

(v) el mismo autor del estudio reconoció que se requería mayor investigación para que fuese válido y fiable.

El estudio de Shields arrojó que el porcentaje de menores de edad con disforia de género era de 1,3%, pero según el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría), también de 2013, los porcentajes para adultos son entre 0,002% y 0,005%. **El PAIG multiplicó la cantidad de menores (3 – 17 años) del censo del 2017 (2.879.000) por el primer porcentaje y determinó que la población beneficiaria eran 37.427 menores, pero si se aplican los porcentajes del DSM-V, serían entre 57 y 143 menores.**

Es decir, la cifra del PAIG es absolutamente falsa y desproporcionada, y todo el trabajo que se está realizando desde los programas de MIDESO no está atendiendo casos reales, sino que está creando casos falsos y generando un daño enorme en los niños al confundirlos induciendo en ellos la idea de que pueden ser trans. El Estado está ejecutando una política pública en base a porcentajes alejadísimos y sin ninguna rigurosidad en relación a la realidad chilena, en lugar de ocupar los porcentajes de la misma institución que citan que actualmente defiende el enfoque transafirmativo.

El segundo refiere sobre la crítica a la bibliografía científica citada en la normativa chilena. De los casi 300 documentos citados en 5 documentos chilenos sobre los tratamientos transafirmativos, solo 2 corresponden a evidencia empírica que fue revisada por el Informe Cass, uno calificado de nivel medio y el otro de nivel bajo³². Así fue explicado por Juan Pablo Rojas, Director de Investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad Finnis Terrae:

*“Ahora bien, lo central de mi investigación consistió en revisar cuál era la robustez de la evidencia empírica de estos documentos, me refiero a los del PAIG. Me di cuenta de que **si sumáramos la literatura científica de todos estos documentos daba 291 documentos, textos de literatura científica u otros. Sin embargo, de los 291 documentos, 127 no son literatura científica, sino de otra naturaleza; 22 de ellos son guías clínicas, las cuales no aportan evidencia científica; 72 son revisiones de literatura, que no presentan evidencia alguna, y 59 presentan evidencia sobre otros temas. Finalmente, solo son dos los artículos científicos que apoyan la hormonación de menores de edad y que son citados en el PAIG. O sea, estamos hablando de un programa del Estado de Chile que se fundamenta solamente en dos artículos, de los cuales uno resultó ser de baja calidad y otro de media calidad, según el informe Cass.**”³³.*

Por otro lado, antes de la publicación del Informe Cass, el PAIG había sido objeto de una revisión crítica, muy extensa y completa, por Nicolás Raveau, que fue enviada a esta Comisión Investigadora³⁴.

³² Presentación del señor Juan Pablo Rojas. Sesión del 28 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora.

³³ Acta de la sesión del 28 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 10 y siguientes. El estudio publicado por el Sr. Rojas, en que analiza la fórmula de cálculo de la población beneficiaria del PAIG y la revisión de la bibliografía de 5 documentos chilenos se encuentra disponible en: <https://centropolicaspublicas.uft.cl/wp-content/uploads/2024/10/Tratamientos-medicos.pdf>.

³⁴ Acta de la sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora. En el 4º punto de la cuenta se indica que se envió un correo adjuntando el estudio “Problemáticas de salud y acompañamiento social “género-afirmativo” orientado a menores de edad: conceptos, prácticas y alternativas”. Disponible en:

8. Los Programas de Identidad de Género propios de los Hospitales y de los Servicios de Salud.

En la sesión del 9 de septiembre, expusieron ante la Comisión Investigadora representantes del Hospital Sótero del Río (HSR) y del Hospital Las Higueras (HLH). De las presentaciones hay dos elementos que llamaron la atención.

El primero es la existencia de Programas de Identidad de Género propios. En el caso del HSR, cuenta con un programa propio desde 2017 y que en 2018, a través de una Resolución Exenta, se dio el lanzamiento “el cual estaba dirigido preferentemente a la población adulta, pero también se dan indicaciones -lo va a explicar mejor la doctora Rumié-, a la población infanto-juvenil.”. La Dra. Rumié señaló: “llevamos desarrollando el programa muchos años, amparados en una resolución del año 2018, en la que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente nos indica que debemos realizar acompañamientos a adultos, adolescentes, niños y niñas, y sus familias o personas significativas para asegurar acceso al tratamiento hormonal a niñas, niños y adolescentes trans y, en el caso de que lo requieran, bloqueo del desarrollo de las características sexuales secundarias.”. En efecto, en una diapositiva de la presentación del HSR, se copia la Resolución Exenta N° 477, del 27 de enero de 2018, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que ordena:

“VISTOS: Estos antecedentes; lo solicitado por el Sr. Director (S) del Servicio, en su Memorandum N° 14 de 11.01.2018, sobre dictación de Resolución que apruebe el Programa de Identidad de Género de la Red de Salud Pública Sur Oriente;

- › *Realizar acompañamiento a adultos, adolescentes y niños/as, y sus familias o personas significativas.*
- › *Asegurar acceso a tratamiento hormonal a niños, niñas y adolescentes Trans, para el bloqueo del desarrollo de las características sexuales secundarias.”*

El HLH, respondiendo a una pregunta sobre si existía una norma similar a la del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, señaló que “Efectivamente, es muy similar la bajada que hizo la Dirección del Servicio de Salud Talcahuano hacia el Hospital Las Higueras y al resto de la red para que acogiéramos (...)”³⁵. En el oficio de respuesta (Ordinario N° 7560, del 3 de octubre de 2024)³⁶, se adjuntó la Resolución Exenta N° 2543, del Servicio de Salud de Talcahuano, del 27 de octubre de 2020, la cual aprobó el “Protocolo de Atención, Trato y Derivación para Personas Trans” en su “versión 2, data de 2013, revisado y actualizado año 2018 y nuevamente año 2020”. En dicho documento se indica que en “abril de 2019 se incorporan atenciones de salud por parte de un equipo multidisciplinario enfocado en población infantojuvenil, compuesto por profesionales de Endocrinología Pediátrica y Salud Mental Infantojuvenil”. Al respecto, la señora Mireya Fernández, referente PAIG del Servicio de Salud Talcahuano, señaló: “lo que tenemos en el Hospital las Higueras, nuestro hospital base, es un protocolo de atención endocrina para los niños y niñas que se están atendiendo ahí en el poli de Endocrinología, donde hay algunos de esos chicos que son atendidos por identidad de género.”.

<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=135636>.

³⁵ Acta de la sesión del 9 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, página 37 y siguientes.

³⁶

A partir de la información entregada por ambos hospitales, surgen cuestionamientos acerca de la legalidad y financiamientos de estos programas ¿Cuántos hospitales cuentan con programas de acompañamiento de identidad de género a menores de edad? ¿Cuántos trabajan de forma coordinada con áreas de endocrinología para realizar terapia hormonal a menores de edad? ¿Cómo se ha financiado la existencia de estos programas así como los medicamentos para realizar terapia hormonal? ¿En desmedro de que otras atenciones? ¿Cuántos menores han ingresado, de qué edades, sexo y tipo de tratamientos? ¿Cuántos Servicios de Salud han dictado resoluciones exentas similares a la N° 477? ¿Cuál es el fundamento legal de las resoluciones de Servicios de Salud y de hospitales que se hayan dictado antes de la publicación de la Ley N° 21.120?

Sin duda, la exposición de los Hospitales Sótero del Río y Las Higueras dio cuenta que los tratamientos transafirmativos a menores de edad en Chile llevan funcionando hace muchos años, sin fiscalización ni seguimiento, y con una gran interrogante sobre la cantidad y funcionamiento de los policlínicos de identidad de género.

9. El Programa de Salud Trans incluye terapia hormonal desde los 10 años. El segundo programa que también es objeto de recopilación de antecedentes es el Programa de Salud Trans.

Al respecto la Ministra de Salud señaló:

“consiste en la evaluación integral para la terapia hormonal género afirmativa solo para adultos. En la ley N° 21.516 de Presupuestos de 2023, se aprobaron recursos de expansión por un monto de 940 millones de pesos en el subtítulo 22, con un decreto que fue tomado de razón el 6 de septiembre, para Programa de Salud Trans. Estos recursos se distribuyeron para transición hormonal género afirmativa en mayores de dieciocho años a 13 servicios de salud. (...) Es importante mencionar que el Programa de Salud Trans fue postulado en 2020 al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y se recomendó favorablemente el 7 de diciembre de 2022. Este programa contenía, inicialmente para adultos, tres elementos: el apoyo psicosocial, la terapia hormonal y la cirugía género afirmativa. Sin embargo, en el ejercicio presupuestario solo se tuvieron recursos y se priorizó la terapia hormonal género afirmativa, lo que hoy día contempla ese programa para los adultos.”³⁷.

El Informe enviado por el Minsal complementa lo anterior señalando: “Los recursos distribuidos vía subtítulo 22 están orientados para la compra de canastas farmacológicas de terapia hormonal con testosterona y estrógeno, ambas canastas están destinadas a personas mayores de 18 años (Ord. 4290 del 5 de diciembre de 2023, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales). Durante el último trimestre del 2023, 433 personas mayores de 18 recibieron HTGA, bajo este Programa”. Sin embargo, lo señalado es contradictorio en 2 sentidos.

El primero refiere a la distinción entre diseño del PST y financiamiento del PST. El propio Ministerio de Salud, en el Oficio 2258, del 9 de agosto de 2024, se adjuntó la evaluación ex ante del proceso de formulación presupuestaria 2023 del Programa de Salud Trans (versión 6), y en ella se señala que la “Población Objetivo” son las “*personas trans y no binarias en Chile de 10 años o*

³⁷ Acta de la sesión del 12 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 23 y 24.

más y que cuenten con inscripción en el servicio público de salud”, cuantificándolas en 61.376 personas, sin distinguir entre mayores y menores de edad³⁸.

En otro documento, “Informe de detalle de Programas Sociales” del Programa de Salud Trans (versión 5), también se indica, en al menos 5 ocasiones, que la población objetivo comienza desde los 10 años³⁹. De hecho, se establece el corte etario en 10 años porque “*la pubertad es una etapa del desarrollo donde la identidad de género puede requerir un refuerzo afirmativo en base a DDHH, y el criterio clínico en las etapas del desarrollo sexual II y III de Tanner sugiere iniciar supresión hormonal en caso de una evaluación positiva en cuanto al bienestar de la persona.*”⁴⁰. Posteriormente, al detallar el segundo componente del programa “Transición hormonal”, se indica: “*La población a la que se entrega el servicio son personas trans o no binarias que deseen acceder a un proceso de tránsito hormonal desde los 10 años en adelante, definido como el rango etario desde donde se comienzan a manifestar los caracteres sexuales secundarios, y que bajo asesoría clínica se podría iniciar el proceso de supresión hormonal. El servicio se entrega a través de endocrinólogo/a, o en casos de escasez de oferta profesional en un territorio específico, mediante médicos/as internistas o ginecólogos/as, con una asesoría por endocrinología. En cuanto al perfil del cargo, serán profesionales con experiencia en enfoque de género y de derechos, además de conocimientos sobre el manejo hormonal en personas trans y no binarias.*”. Así, esta etapa comienza con una “Bienvenida” al componente 2: “*La primera evaluación conlleva realizar una anamnesis, examen físico, y discusión de las metas deseadas de la terapia hormonal, finalizando la elaboración del PCI en cuanto al componente 2. A su vez se realiza una evaluación sobre opciones reproductivas y consejería en fertilidad, con información sobre evaluación de riesgos y con consentimiento informado (o asentimiento en caso de adolescente). El comienzo de la terapia hormonal requiere previamente solicitud y evaluación de exámenes de laboratorio, y eventualmente reunión clínica para estudio de casos y decisiones de tratamientos quirúrgicos. En el caso de adolescentes se evalúa iniciar un proceso voluntario de supresión hormonal con un enfoque afirmativo de la identidad. Esta supresión hormonal se realizará utilizando análogos de GnRH u otros fármacos antiandrogénicos que no presenten contraindicaciones según la evaluación clínica.*”. La meta de producción para el 2023 se supone que serían “614 personas con terapia hormonal recibida”, pero no distingue entre mayores y menores de 18 años, lo que significaría un gasto de \$ 2.719.351.000 de pesos.

Por tanto, está claro que el Programa de Salud Trans sí contempla a menores de edad y establece que pueden recibir bloqueo puberal desde los 10 años. Que posteriormente se haya aprobado financiamiento solo para costear los tratamientos hormonales a mayores de edad, no elimina lo anterior.

Pero además, lo señalado por la Ministra tampoco se condice con la información que consta en otro documento y respecto a la cual se le preguntó en la tercera sesión de la Comisión Investigadora. Un documento de abril de 2023 de la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, titulado “Minuta Modificación Presupuestaria “Subtítulo 22 – Programa Salud Trans – Distribución Expansión 2023” y que señala que el PAIG o “*Crece con Orgullo por sí sólo es insuficiente. En búsqueda de procesos de transición y afirmación de género, las personas trans pueden presentar otras necesidades específicas en materia de salud, las cuales hasta ahora no han sido consideradas en la planificación del desarrollo de la Red Asistencial. Algunas personas trans integran su identidad sin necesidad de feminizar o masculinizar sus cuerpos, reconociendo que esta identidad no tiene una obligatoria relación con cambios corporales, pero que se deben facilitar en caso de ser solicitados. Finalmente, si bien han existido iniciativas locales*

³⁸ Página 2.

³⁹ Páginas 1, 6, 7, 9 y 11.

⁴⁰ Página 6.

por levantar prestaciones específicas en salud trans a nivel país, se hace necesario diseñar un proceso de atención biopsicosocial desde nivel central hacia los Servicios de Salud, el cual permitirá optimizar continuidad de la atención y proyección de estas prestaciones para la atención integral de las personas trans, con perspectiva de Derechos Humanos y de los NNA.”⁴¹.

Respecto al componente de Terapia de Hormonización Género Afirmativa (THGA), señala que según “*información proporcionada por 26 Servicios de Salud y 37 establecimientos de la red asistencial se identifica un total de 4.847 personas en el programa*”, de las cuales 3.575 corresponden a “Población bajo control (NNA/Adulta)” y 408 a “Lista de espera Infante adolescente”. Luego señala que los adultos bajo control son 2.267, por lo que los menores bajo control son 1308.

Es decir, 1.716 menores que, para abril de 2023, ya estaban registrados en un programa del Minsal. Esto fue planteado por el diputado Schalper en la tercera sesión y la Ministra no entregó ninguna respuesta explicando o desmintiendo estos datos.

10. Las operaciones de reasignación de sexo a menores de edad. El último paso de la transición consiste en las operaciones de reasignación de sexo. En la segunda sesión de la Comisión Investigadora, la Ministra de Salud informó que sí se han realizado a menores de edad.

Si bien estas no serían parte de un programa ministerial y el Minsal no pudo obtener la información “*de manera directa a través de los sistemas de registro e información*” propios porque “*no existe un código único de intervención quirúrgica asociada a una causa o diagnóstico en la CIE 10*”, por lo que “*se generó un protocolo de búsqueda mediante un cruce de variables que incluyó la edad (menores de 18 años)*”⁴². La búsqueda arrojó que se detectaron 42 casos de cirugías asociadas a reafirmación sexo genérica a menores de edad, entre 2004 y 2024. De ellas, 6 se habrían realizado en adolescentes de 17 años, entre 2009 y 2019 y “*No se encontraron registros en los últimos cinco años*”. Los restantes 36 casos corresponden al sector privado⁴³.

Sin embargo, esta información no es consistente con la entregada por otras fuentes. Así, en el estudio de Nicolás Raveau, se incluye una respuesta de información pública, de enero de este año, a una solicitud de transparencia hecha al Minsal, según la cual, “*en todo el periodo 2001-2022 de “cirugías consideradas de reasignación de sexo a menores de edad*”, dentro de los hospitales públicos Carlos Van Buren de Valparaíso, San Juan de Dios de La Serena, Las Higueras de Talcahuano y Sótero del Río de Santiago. De lo anterior se desprenden dos cuestiones.

La primera es que la fecha tope máxima de esta respuesta (2022) no coincide con la señala por la Ministra (2019), por lo que sí se habrían realizado este tipo de operaciones en los últimos 5 años, lo que a su vez podría explicar que el total de cirugías, solo según estas dos fuentes, podrían ser más de 6 y menos de 10. Lo segundo es que en la exposición del Hospital Sótero del Río, su

⁴¹ Página 4.

⁴² Página 11 del Informe.

⁴³ Durante el funcionamiento de la Comisión Investigadora, se interpuso una denuncia ante la Fiscalía de Valparaíso por la comisión de eventuales delitos en relación a este tipo de operaciones. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2024/11/12/diputados-de-oposicion-presentan-denuncia-en-fiscalia-por-cirugias-a-menores-por-cambio-de-sexo.shtml>.

director subrogante señaló “Hemos recabado la información necesaria, por lo que, cuando afirmamos que en el Hospital Sótero del Río no se realizan cirugías en menores de edad, lo hacemos con absoluta certeza.”⁴⁴. Misma negativa expresó el Servicio de Salud de Talcahuano. Por tanto, solo queda concluir que las cirugías fueron realizadas en los otros dos hospitales: el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y el Hospital San Juan de Dios de La Serena. Sin embargo, en la Resolución Exenta N° 9235, del Hospital de La Serena, señala que “no se realizan cirugías afirmativas en personas menores de 18 años”⁴⁵. Misma respuesta se obtuvo del Hospital van Buren, de acuerdo al Ordinario 2: “No se realiza”⁴⁶.

Por último, cabe agregar la respuesta obtenidas por Ley de Transparencia de dos Hospitales. La primera corresponde al **Hospital Dr. Franco Ravera**, el cual señaló, al preguntársele sobre operaciones de reasignación de sexo a menores de edad, lo siguiente: “Intervenciones quirúrgicas de reasignación genital o sexo, es decir, de aquellas que alteran la morfología del paciente respecto de sus caracteres sexuales secundarios, **solo remoción de mamas (mastectomías y masculinización de tórax)**.”⁴⁷. La segunda corresponde al Hospital Base Valdivia:

“En respuesta a su solicitud hacemos presente que nuestro establecimiento Si entrega terapia de reemplazo hormonal para reasignación sexual tales como bloqueadores de pubertad cuya población usuaria considera a menores de 18 años, pero No se realizan vaginoplastias o faloplastias en el contexto de reasignación de sexo a población transgénero, debido a no contar con especialistas para ello, no obstante, de ser requerido las usuarias/os son derivadas/os a centros que realizan este tipo de procedimientos.

Sin perjuicio de lo anterior, se hace presente que en nuestro establecimiento se realizan mastectomías totales (equipo de cirugía) e histerectomía + anexectomía vía laparoscópica (equipo de ginecología).”⁴⁸.

Es decir, resulta contradictorio que una fuente de información señale que existe una cantidad máxima de casos de reasignación de sexo a menores de edad en 4 hospitales, pero cada uno de ellos, mediante distintas vías, lo niega, y que además, dos hospitales adicionalmente señalan que sí se realizan.

11. Amenaza del suicidio como alternativa a la no transición de género de menores de edad.

Varios de los invitados a las sesiones de esta comisión, se refieren al suicidio como única alternativa a la no transición de género de NNA y el mismo argumento se utilizó para indicar que es un resultado “esperable” de la población trans, de acuerdo a sus malos índices de salud mental, o al resultado del stress de minorías.

El suicidio es un tema muy complejo y **suele ser multicausal**, por lo que no resulta prudente ni ético asociar un resultado tan drástico a una sola causa, como sería en este caso no afirmar la

⁴⁴ Sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, página 26.

⁴⁵ Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO066T0000741 (4 de junio de 2024).

⁴⁶ Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO095T0001557 (3 de enero de 2024).

⁴⁷ Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO024T0001837 (8 de marzo de 2024).

⁴⁸ Respuesta a solicitud por Ley de Transparencia N° AO093T0000933 (4 de marzo de 2024).

identidad de género del NNA. Esta es precisamente la dicotomía falsa y cruel que se les presenta a los padres o cuidadores por parte de profesionales de la salud con la frase “¿prefiere tener un hijo muerto o una hija (trans) viva?” (o viceversa).

Algunos meses atrás, en Inglaterra el grupo The Law Good Project esgrimió que se registró un aumento explosivo de suicidios en niños y adolescentes después de la prohibición del uso de bloqueadores de la pubertad, lo cual fue rápidamente desmentido en este reporte⁴⁹ del NHS. Los números no sostienen esta afirmación, pues no ha habido cambio sustantivo en los datos reportados por el propio NHS inglés.

Cabe mencionar que este reporte también cita al reciente estudio⁵⁰ finlandés que “*representa una de las mediciones más sólidas de suicidio en jóvenes con disforia de género hasta la fecha*” y que fue publicado a principios de este año (Ruuska et al, **BMJ Mental Health 2024**). En él, se informa que “*el riesgo de suicidio se redujo después de la reasignación de género, pero que la mejora se explicaba por el tratamiento de la mala salud mental coexistente*” y concluye que: “*La disforia de género clínica no parece predecir la mortalidad por todas las causas ni la mortalidad por suicidio cuando se tienen en cuenta los antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Implicaciones clínicas: Es de suma importancia **identificar y tratar adecuadamente los trastornos mentales en adolescentes que experimentan disforia de género para prevenir el suicidio.***” (Mortalidad por todas las causas y por suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes que contactaron con servicios especializados de identidad de género en Finlandia entre 1996 y 2019: un estudio de registros).

Finalmente, debemos señalar que “*los suicidios no deben confundirse con “suicidalidad”, una medición relacionada pero claramente diferente. La suicidalidad se refiere a una amplia gama de comportamientos, desde pensamientos sobre el suicidio y autolesiones no suicidas hasta intentos graves de suicidio; generalmente se evalúa mediante autoinforme; generalmente excluye los suicidios reales; y se considera un resultado menos sólido y confiable. La gran muestra (más de 2000 casos de jóvenes referidos por género) proporciona un alto grado de confianza en el tamaño de la estimación y señala firmemente que “el suicidio es un evento inusual para los adolescentes referidos por género en Finlandia, independientemente de su estado de transición de género”*.”⁵¹

De acuerdo al Informe Cass, si bien se reconoce que los adolescentes con disforia de género se encuentran ante un riesgo de suicidio mayor al de la población general de la misma edad, ese riesgo no es mayor que los grupos de adolescentes que consultan por otros problemas de salud mental.

12. Los problemas asociados al consentimiento y la Ley N° 20.584. Gran parte de las dudas giraron en torno a la existencia de formularios de consentimiento informado de los padres.

En este punto, el desorden y contradicción entre los ministerios involucrados en la ejecución del PAIG es evidente. Por un lado, el Ministerio de Salud señaló en reiteradas ocasiones en que no

⁴⁹ Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-suicides-and-gender-dysphoria-at-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust/review-of-suicides-and-gender-dysphoria-at-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust-independent-report>

⁵⁰ Ruuska S, Tuisku K, Holttinen T, et al. Disponible en: <https://mentalhealth.bmj.com/content/27/1/e300940>

⁵¹ Disponible en: <https://segm.org/Suicide-Gender-Dysphoric-Adolescent-Young-Adult-Finland-2024>

se requería el consentimiento parental para ingresar al PAIG. Por otro lado, desde el Mineduc se señaló que no se realizaban derivaciones al PAIG si es que no se contaba con el consentimiento de los padres. Por último, desde Mideso se indicó que, al igual que en Mineduc, los formularios tipo de consentimiento informado de los padres para la derivación de sus hijos estaban en elaboración. Es decir, un ministerio alegó que no se necesitaba y otros dos sostuvieron que sí, pero que no tenían modelos o que nunca se hicieron llegar a la comisión.

El problema es grave porque la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, el artículo 14 señala: “*Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes (...)*” (inciso 6°), por lo que es incomprensible que no se hayan dispuesto las medidas para garantizar que estos existen y cual fue su contenido. En efecto, nunca se hizo llegar a esta Comisión Investigadora un cotejo entre el número de menores ingresados o derivados al PAIG y la misma cantidad de consentimientos informados de los padres que autorizaran dicho ingreso o derivación.

Por otro lado, el valor jurídico de los consentimientos informados firmados por menores de edad -que recibe el nombre de asentimiento- es nulo y no puede considerarse que tengan valor alguno. Como señala la norma citada, es el consentimiento del padre o representante legal el que, jurídicamente, valida el ingreso o derivación de su hijo o pupilo. El consentimiento del menor no tiene validez alguna, más que para dejar constancia de haber sido informado sobre el PAIG, pero de ninguna manera puede ser considerado un documento válido que, por sí solo, sea suficiente para aceptar al menor en el programa. Hacerlo implica una grave vulneración a la ley por parte de los funcionarios del programa y del sistema público de salud.

13. A los padres se les informa si un hijo ingresa al PAIG... no se les pide autorización.

Uno de los elementos más cuestionados del PAIG tiene que ver con la existencia de “padres judicializados”, es decir, padres que se oponen a que sus hijos ingresen al PAIG. Al respecto, las Recomendaciones de 2021 y la Orientación técnica de 2023 mencionan la facultad a la dupla psicosocial de realizar acciones legales contra los “padres resistentes”. En la sesión del 26 de agosto la Ministra de Salud intentó justificar el punto, señalando que tanto en la Ley N°20.418 como en la Ley N° 21.030, la obligación es la de informar a los padres y no pedir su autorización.

Sin embargo, la obligación de informar en el caso de los programas de acompañamiento está en un reglamento, y no en la ley, como sí ocurre en los casos citados. De hecho, la misma Ley de Identidad de Género señala que la solicitud de cambio de nombre y sexo registral de un menor de 18 y mayor de 14 años debe ser hecha por su representante legal, y de lo contrario se debe declarar inadmisibile. Las normas citadas son coherentes con el art. 19 N°26 de la Constitución, por cuanto solo la ley puede limitar un derecho fundamental, en este caso el deber y derecho preferente de los padres de educar a sus hijos, y no así un reglamento ni tampoco otros actos administrativos de inferior jerarquía o que sean programas sociales o políticas públicas, como intentó justificar la Ministra. Una muestra de lo anterior ocurre cuando señaló: “*En caso de que exista oposición del padre o de la madre a la continuidad del programa, se podrá continuar con la voluntad del niño, niña o adolescente, sin perjuicio de lo cual se recomienda la sensibilización del entorno familiar*”⁵² o “*Si*

⁵² Acta de la sesión del 26 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora, página 12.

*bien para el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género no se requiere consentimiento de los padres, para el tratamiento de hormonoterapia sí, así como para las cirugías*⁵³.

En términos de cifras, la Ministra señaló que, de los casi 2.000 menores de edad ingresados al PAIG, un 99% lo hacía acompañado de un adulto (88% con su padre o tutor legal y 11% con un adulto significativo) “y el 1%, sin adulto; aproximadamente, entre una veintena y treintena de niños, 25 de esos que asisten solos tienen entre 15 y 17 años, 5 son menores de 15 años y no hay menores de 10 años que asistan sin la compañía de adultos”⁵⁴. La sola existencia de 30 menores, cifra preliminar, que asisten sin sus padres o representantes legales a este programa, con todas las deficiencias ya señaladas, es de la máxima gravedad. A lo anterior se suma una respuesta de la Ministra sobre ese 11% que asiste con un adulto pero sin sus padres: “no sabemos si estos no saben o se oponen”⁵⁵.

Por otro lado, cuando la Ministra informó sobre los porcentajes por vías de acceso al PAIG, un 6% de los menores ingresados “fueron derivados desde tribunales de familia o sistemas judiciales”⁵⁶, es decir, 117 casos aproximadamente. No se entregó información sobre cuántos de estos casos corresponderían a resoluciones de tribunales de familia sobre casos de padres “judicializados”. Al respecto, un documento de la Corporación de la Comunidad y Justicia recopila la evidencia sobre las distintas vulneraciones a los padres y su deber y derecho preferente a educar a sus hijos⁵⁷.

Por último, también es de extrema gravedad lo señalado sobre la Defensoría de la Niñez, en el Ordinario B/N°2254 del MINSAL. Dicho oficio adjuntó copias de las actas de las sesiones del grupo de organizaciones de la sociedad civil de padres y madres de niñeces trans y género no conforme para la elaboración de los lineamientos sobre terapia hormonal a menores de edad, y en el acta de la 3ª reunión (17 de julio de 2024) consta: “Se discutió la necesidad de establecer criterios similares a procesos anteriores y trabajar en conjunto con la Defensoría de la Niñez en casos de oposición de los padres a la hormonización. Se resaltó la importancia de considerar el bienestar del niño en estas situaciones y evitar la judicialización, con énfasis en el acompañamiento integral y el apoyo a las familias. Además, se mencionó la necesidad de analizar las diferencias entre los niños, niñas y sus familias, y se planteó la importancia de la voluntariedad en el proceso de hormonización.”⁵⁸.

El testimonio de Orlando ante la Comisión Investigadora es suficiente para entender la gravedad de lo que ocurre⁵⁹:

*“Vengo en nombre de **mi hija**, porque resulta que, en 2023, cuando ella tenía solo **quince años**, me mandan llamar del colegio a mi trabajo para señalarme que ella había hecho cambio de nombre*

⁵³ Ibid, p. 30.

⁵⁴ Ibid, p. 8.

⁵⁵ Ibid, p. 32.

⁵⁶ Ibid, p. 8.

⁵⁷ Acompañado en el punto 9 de la cuenta de la sesión del 14 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=137155>.

⁵⁸ Página 2 del acta de dicha sesión.

⁵⁹ Acta de la sesión del 26 de agosto de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 34 y siguientes.

social. Me llaman del colegio, hacen una reunión y me indican que había realizado ese cambio. Solo de eso me entero.

Días después, me cita el psicólogo para lo mismo. Ya había conversado el tema con mi señora en la casa. En la escuela, el psicólogo siempre trataba de indicarme que abordáramos el tema del cambio de género, que tratáramos de conversarlo, ya que tengo otras dos niñas más pequeñas. Eso ocurrió en la primera sesión.

Transcurrido un mes, tuvimos otra audiencia con el psicólogo en la escuela, a quien le digo que había sido bien complicado llevar el tema, porque las niñas me preguntaban otras cosas, como si una gallina podía ser pollo. Entonces, el tema se me había empezado a complicar mucho.

En la tercera sesión, mi hija vuelve a conversar con él, porque el tema no estaba resultando en la casa y, por lo tanto, la seguíamos llamando por su nombre femenino. Todo fue supercomplicado.

Posteriormente, en mayo, del colegio me derivaron a la Oficina de Protección de Derechos (OPD) y desde ahí fui llevado a tribunales, donde emitieron un informe que decía, entre comillas, que yo había hecho una grave vulneración de derechos, por no haber tratado a mi hija en su nueva condición.

En noviembre de 2023 tuve una primera audiencia, donde, basados en un informe del CDE, reafirmaron que yo oponía cierta resistencia a la transición de género de mi hija. Entonces, debido a ese informe, el tribunal decide quitarme el cuidado personal de mi hija y derivarla a otra familia.

Finalmente, en febrero, llegan a mi casa y retiran a mi hija de mi lado.

En todos los informes pesa el tema del no reconocimiento de su nueva identidad. Nada, ahora estoy sin ella. Han pasado ocho meses y no ha cambiado en nada su condición. Además, está con una depresión horrible en Santiago, pese a que somos de la Región de O'Higgins.

Entonces, esta medida, que debió haber tenido algún efecto beneficioso para ella, no ha generado ningún cambio.

Esa es la situación en la que me encuentro actualmente.

(...)

A todo esto, tuve una medida cautelar con Carabineros fuera de mi casa; o sea, como si el no reconocer a mi hija fuese una situación más allá de lo grave. Durante dos meses tuve a Carabineros yendo a mi casa todas las semanas. Incluso, en febrero, cuando tuve la última audiencia en tribunales, a la mitad de esta, tenía a un carabinero en mi casa para llevarse a mi hija, porque el informe que emanó del colegio, a través del psicólogo, tenía unas características horribles. ¿Yo las leí después?

14. ISP, CENABAST y la terapia hormonal. En la sesión del 2 de septiembre, la Comisión recibió a ambas instituciones.

El ISP informó que, de los medicamentos registrados en el ISP y que se ocupan para terapia hormonal, ninguno de ellos cuenta con autorización para ser ocupados con dicho fin: “en nuestro país, ningún medicamento ha sido autorizado para el uso en niños con disforia sexual, porque no ha sido solicitado. Entonces, el uso es decisión del médico tratante.”⁶⁰. Lo anterior implica que el ISP no tiene control sobre los usos no autorizados respecto a la administración de dichos medicamentos. Que dichos medicamentos estén registrados y determinados usos hayan sido autorizados, mediante los estudios que deben ser acompañados, no legitima ni justifica que automáticamente sean aplicables en usos no autorizados, pues las poblaciones, dosis y duraciones son distintas y no se han entregado estudios al respecto.

⁶⁰ Acta de la sesión del 2 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, página 15.

Por otro lado, CENABAST señaló que ha existido un aumento en la adquisición de medicamentos relacionados con la terapia hormonal y señaló que, específicamente, la Triptorelina ha experimentado un aumento significativo. La Triptorelina se ocupa para bloquear la pubertad, pero no tiene ese uso autorizado por el ISP. En el Ordinario N°5475 enviado por CENABAST el 7 de octubre⁶¹, se indican las compras de 7 medicamentos usados para terapia hormonal y el precio total entre 2017 y 2024. Considerando solo el último año:

- FLUTAMIDA 250 MG CM/CM REC/CP: \$ 155.312.100 de pesos⁶².
- GOSERELINA 10,8 MG JRP C/IMPL. SUBCUT: \$ 2.103.967.499 de pesos⁶³.
- TRIPTORELINA 11,25MG LIOF P/SUSP INY FAM: \$ 6.997.248.000 de pesos⁶⁴.
- BICALUTAMIDA 50 MG CM REC: \$ 144.377.250 de pesos⁶⁵.
- BICALUTAMIDA 150 MG CM REC: \$ 212.795.400 de pesos⁶⁶.
- TRIPTORELINA 22,5 MG POLV LIOF FAM: \$ 5.398.220.000 de pesos⁶⁷.

El total sería la suma de \$ 15.011.920.249 de pesos. Vale agregar que cerca del 75% de este monto corresponde solo a la compra de Triptorelina de 11,25 y 22,5, que es la usada para detener la pubertad en terapia hormonal género afirmativa. De lo anterior no se quiere decir que todo el gasto en estos medicamentos se haya destinado solo a terapia hormonal en menores de edad para disforia de género, sino que no se sabe cuánto de ese monto si se ha usado para esos fines. A dicho monto habría que añadir las compras por otros medicamentos que también se ocupen con el mismo fin, según lo señalado por el ISP, tanto en su presentación ante la Comisión Investigadora como en el oficio de respuesta enviado posteriormente⁶⁸, y el Ministerio de Salud⁶⁹ y que no fueron incluidos en el oficio de CENABAST. Basta señalar que el Excel en la respuesta de CENABAST no incluía datos sobre

⁶¹ Disponible en: https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/respuestas_oficio.aspx?prmID=4461&prmIdOficio=56601. En el oficio se adjunta un Excel con los datos.

⁶² “Compra (2024-2025) mediante Licitación bajo el ID 621-804-LQ23 (Bases Licitación 087) al proveedor LUXYPHARM SPA. Compra por 25010 cajas por 30 unidades a \$6210 la caja. Abastecimiento desde abril 2024 a septiembre 2025. Este proceso incluía unidades para farmacia.”

⁶³ “Compra(2023-2024) mediante Licitación 621-1117-LR22(Bases Licitación 341) al proveedor EUROFARMA. Compra por 27263 cajas por 1 unidad a \$77173 la caja. Abastecimiento desde agosto 2023 a noviembre 2024.”

⁶⁴ “Compra(2023-2025) mediante Licitación bajo el ID 621-4-LR23 (Bases de licitación 087) al proveedor ESPRIT DE VIE S A. Compra por 109332 cajas por 1 unidades a \$64000 la caja. Abastecimiento desde agosto 2023 a enero 2025. compra incluye abastecimiento de farmacias privadas.”

⁶⁵ “Compra (2024-2026) mediante Licitación bajo el ID 621-31-LQ24 (Bases de licitación 087) al proveedor SEVEN WINPHARM SPA. Compra por 29525 cajas por 30 unidades a \$4890 la caja. Abastecimiento desde agosto 2024 a enero 2026.”

⁶⁶ “Compra (2024-2026) mediante Licitación bajo el ID 621-320-LQ24 (Bases de licitación 087) al proveedor SYNTHON CHILE LTD . Compra por 8546 cajas por 30 unidades a \$24900 la caja. Abastecimiento desde noviembre 2024 a abril 2026.”

⁶⁷ “Compra(2024-2025) mediante Licitación bajo el ID 621-861-LR23(Bases de licitación 087) al proveedor TECNOFARMA S A. Compra por 25108 cajas por 1 unidad a \$215000 la caja. Abastecimiento desde septiembre 2024 a septiembre 2025.”

⁶⁸ Oficio N° 15 / 2024 del Departamento Agencia Nacional de Medicamentos del Instituto de Salud Pública, del 23 de septiembre de 2024. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=328286&prmTIPO=DOCUMENTO_COMISION.

⁶⁹ Ordinario N° 2638, del Ministerio de Salud (27 de septiembre de 2024). Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=328043&prmTIPO=DOCUMENTO_COMISION.

estradiol y testosterona, ocupados en la hormonación cruzada, información crucial, atendido que, según señaló el Minsal, de los aproximadamente 600 menores que reciben terapia hormonal, un 68% tiene entre 15 y 17 años (408 casos) y un 32% tiene entre 10 y 14 años (192 casos).

15. Competencias de las duplas psicosociales del PAIG

Los requisitos obligatorios a cumplir por quienes desempeñan los cargos de psicólogo o asistente social que forman parte de la dupla psicosocial son los siguientes:

- Título profesional de una carrera de 10 semestres de duración.
- Experiencia profesional no inferior a dos años en establecimientos de salud públicos o privados.

Como requisitos deseables, en algunos llamados a llenar este cargo están:

- Experiencia de al menos 6 meses en temáticas y abordajes de acompañamiento LGTBQ+.
- Experiencia de al menos 3 años ejerciendo como psicólogo en el sector público o privado.

Esta comisión considera que estos requisitos son extremadamente bajos considerando las atribuciones que tiene esta dupla en los ámbitos individual, familiar, escolar y eventualmente judicial respecto a sus beneficiarios y sus familias.

Lo anterior es doblemente grave, considerando que la dupla PAIG está facultada para derivar a los usuarios a terapias hormonales como bloqueadores de la pubertad.

II. Ministerio de Educación.

1. Supuestos consentimientos informados en base a un protocolo aun no aprobado.

De acuerdo a lo señalado por la Subsecretaria Lagos, en relación a *“como se estableció en el diseño técnico del PAIG, el ámbito educativo constituye uno de los contextos de intervención del programa solo cuando existe autorización de las familias.”* Ejemplificando con un caso de un niño de 5 años sostuvo que la *“derivación se realiza únicamente con el consentimiento de los padres o tutores legales. Por lo tanto, una eventual derivación solo es posible si la familia está de acuerdo. Los establecimientos de educación parvularia no tienen la atribución de derivar directamente”*.

Sin embargo, el Ministro de Educación señaló que se encuentran en elaboración tanto el formulario tipo de consentimiento informado para los padres o representantes legales como la propuesta de flujo de ingreso para derivar menores desde los establecimientos educativos al PAIG. Es decir, desde la implementación del programa a la fecha, no se puede afirmar con certeza si todas las derivaciones contaron con un consentimiento informado de los padres ni el contenido de dicho consentimiento, puesto que ello dependería del criterio de cada establecimiento, tal como señaló el Ministro: *“(…) una cosa es que el formulario esté en elaboración respecto de la derivación del PAIG y otra que nunca se pida consentimiento y que no ocurra la solicitud de consentimiento cuando se realizan distintas acciones en el sistema educativo (…). Por lo tanto, no es menester tener un formulario único para todas ellas, sino más bien un formulario ad hoc.”*

Por tanto, es posible que no exista una concordancia entre la cantidad de derivaciones y la cantidad de consentimientos informados de los padres que la autoricen. Como señaló el diputado Schubert en la sesión *“uno de los puntos relevantes es el consentimiento de los padres, pero se nos indica en*

nuestra cara que el consentimiento existe, se entrega antes y hasta se comprometen a hacernos llegar documentos que aún no han confeccionado”, mientras que el diputado Kaiser sostuvo que “el documento de respaldo que dé cuenta de la autorización que dieron los padres para que fueran derivados al PAIG. En ese contexto, en el caso de que no existiera ese documento de respaldo, tendríamos un problema. ¿Por qué? Porque se estarían violentando una serie de normas, incluso aquella que nos acaba de plantear el propio Ministerio, que sería un requisito”.

Lo anterior se refuerza debido a que el Ministro reconoció que no cuentan con toda la información, si no la dispone el sistema, cuando se le preguntó por los padres judicializados debido a acciones legales de los establecimientos educacionales, pero agregando *“quizás algún sostenedor ha omitido información o no nos la ha hecho llegar”*. Si ese es el grado de conocimiento que maneja el Mineduc, las dudas planteadas respecto a la concordancia de los consentimientos informados, la cantidad de derivaciones y cualquiera de las materias sobre las que se le pidió información, justifican una revisión profunda de esta situación.

2. Contradicción entre Minsal y Mineduc respecto al consentimiento para ingresar al PAIG.

Las tres sesiones en las que expusieron las subsecretarías y el Ministro de Educación revelaron que la ejecución del PAIG contradice lo expuesto por el Minsal, respecto a la necesidad de un consentimiento informado de los padres y profundiza la transición social de los menores mediante la aplicación de la Circular 812, de la Superintendencia de Educación. Además, muchas de las dudas quedaron sin respuesta, lo que impidió a esta Comisión tener claridad sobre el rol del Ministerio en la ejecución del PAIG.

3. Una derivación, hasta el momento, desde un jardín infantil al PAIG. El grave error en el cálculo sobre la cantidad de población beneficiaria del PAIG, impacta directamente en los niños desde los 3 años de edad.

El Ministro de Educación reconoció que existe un caso de derivación desde un jardín infantil al PAIG de un menor de 3 años de edad, cifra preliminar, atendido que la información de la que dispone el Mineduc *“en realidad son las bases de datos que se manejan en el Ministerio de Salud, que son quienes llevan el registro; nosotros no lo llevamos”*.

Por otro lado, el Minsal informó que el 7% de las derivaciones directas al PAIG se originaban en establecimientos educacionales, y que según el Mineduc corresponderían a 139 casos. Sin embargo, no se consideran las derivaciones indirectas del establecimiento educacional cuando envía al menor a un establecimiento de salud (por ejemplo, un Cesfam) y desde ahí se deriva al PAIG.

En este contexto, tampoco se aclaró el tipo de capacitaciones que recibe la JUNJI, como preguntó la diputada Weisse, ni las coordinaciones que tiene con el PAIG. No hubo respuesta sobre los cuentos infantiles sobre género que el PAIG contempla como medida del componente educativo para los más pequeños, ni la existencia de consentimientos informados de los padres que lo autorizaran.

Tampoco se respondió cuál fue el contenido de las 1.104 intervenciones relacionadas con el componente educativo del PAIG, según lo señalado por el Minsal, y si ellas contaban con autorización de los padres.

4. **La Circular 812.** Dicha normativa fue mencionada por las subsecretarías de Educación como una de las normas que guían el componente educativo del PAIG, *“tiene una existencia que es independiente y es la forma de responder desde Educación a los mandatos específicos de la ley N° 21.120. (...) En ese sentido, si bien una de las temáticas tratadas dentro de la circular, en el numeral 6 de la letra c), dice relación con el procedimiento asociado al uso del nombre social en los espacios educativos, el alcance de la circular es mucho más amplio y extenso que eso”*.

La circular establece que los menores de 14 años podrán ocupar su nombre social si cuentan con autorización de sus padres y los mayores de 14 y menores de 18 podrán pedirlo de forma autónoma, cuestión que contradice el artículo 3° de la Ley N° 21.120: **“*Toda persona tiene derecho a ser reconocida e identificada conforme a su identidad de género, una vez realizada la rectificación que regula esta ley, en los instrumentos públicos y privados que acrediten su identidad respecto del nombre y sexo, en conformidad con lo dispuesto en esta ley. Asimismo, las imágenes, fotografías, soportes digitales, datos informáticos o cualquier otro instrumento con los que las personas figuren en los registros oficiales deberán ser coincidentes con dicha identidad.*”**, pero la misma circular se “auto exime” de este incumplimiento: *“Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, los establecimientos educacionales podrán agregar en el libro de clases el nombre social del niño, niña o adolescente, para facilitar su integración y uso cotidiano, sin que este hecho constituya infracción a las disposiciones que regulan esta materia (...) Por último, cabe señalar, a este respecto, que el procedimiento dispuesto en la Ley N° 21.120, es independiente del reconocimiento social o informal de la identidad de género por parte de la comunidad educativa. En este sentido, el cumplimiento de los principios y disposiciones de esta circular no se encuentra supeditado a la solicitud formal de cambio registral regulado en aquella ley (...)*”⁷⁰.

Por tanto, el cambio de nombre social en menores de 14 años no procede ni aun con consentimiento de los padres, y en el de los mayores de 14 y menores de 18 solo si realizó el cambio de nombre y sexo registral, según lo regulado en el Título IV de la ley mencionada. Además, para el caso de los menores de 18 y mayores de 14, la decisión de considerar solo la declaración del menor para realizar el cambio de nombre olvida las reglas generales sobre capacidad, vulnera el derecho de los padres y contradice el espíritu de la ley.

Como señaló el diputado Schalper: *“se incorporan varios principios de rango constitucional, pero no se incorpora el artículo 19° números 11° y 12° de nuestra Constitución (...) No es obvio que en la “ley de identidad de género” hayamos tomado la decisión -fui parte de quienes participaron incluso en la comisión mixta de dicha ley-, de que el cambio de sexo registral se hiciera desde los 14 años. Esa decisión fue amparada por una serie de audiencias y con expertos de distinta naturaleza, que nos llevaron a la convicción en temas como el derecho al tiempo, el derecho al arrepentimiento, el derecho a la diversidad de opiniones. O sea, hubo una serie de cosas que se trajeron a la mesa que nos llevaron a concluir que el momento en que hay que dar este paso es para los mayores de 14 años. Pero parece curioso que ese paso, a nivel nacional, se pueda dar después de los 14 años, y sin embargo a nivel escolar se pueda dar antes. Porque, incluso, en este informativo que trae el ministerio dice: el uso de nombre social en todos los espacios educativos, incluir el nombre social como registro válido en el libro de clases, ¿se*

⁷⁰ Página 10.

fija? O sea, toda una discusión que nos tomó mucho tiempo, que tuvo que ver con una serie de experticia asociada, en esta circular, básicamente, se desatiende y se pone a consideración.” La ilegalidad e inconstitucionalidad de esta Circular es evidente.

Nicolás Raveau señaló claramente el efecto que provoca dicha circular *“crea un quiebre y daña psicológicamente el espacio familiar. No es sano que un adolescente viva dos realidades y tampoco es correcto que en Estado tenga tal poder de intervención.”*⁷¹.

- 5. La encuesta JUNAEB.** Nunca se aclaró el nivel de seguridad con que se resguardaba la información, más allá de señalar que *“los datos que se solicitan son para hacer análisis agregados, pues no se trata de información de los datos individuales de cada niño o niña”*, a pesar de la insistencia del diputado González sobre el resguardo y uso que se le podía dar a dicha información.

Sin embargo, dicha respuesta solo aumenta la preocupación, pues permite que esa información sea ocupada para focalizar el trabajo del PAIG en aquellos lugares en que exista más concentración de casos, de acuerdo a las respuestas a la encuesta.

Que el Gobierno tenga en su poder una base de datos con la identificación precisa, con nombre y apellido, de todos los padres que respondieron que sí tienen un hijo “trans”, en el contexto de todas las irregularidades que se han advertido sobre el PAIG, es grave.

III. MIDESO

1. La Subsecretaría de la Niñez, las unidades municipales de la diversidad y las Farmacias Populares.

En la presentación de la Subsecretaría de la Niñez, destacan dos cuestiones que revelan la extensión de la aplicación del enfoque afirmativo, a nivel de las municipalidades, tanto por sus programas de identidad de género o servicios asociados, como por la relación con los medicamentos para terapia hormonal obtenidos en las Farmacias Populares.

En efecto, en la sesión del 7 de octubre⁷², la Subsecretaria de la Niñez reconoció que *“sí tenemos información de que hay áreas sociales municipales que, dentro sus funciones, incluyen las de información y orientación en unidades municipales para programas propios de las municipalidades.”* La respuesta fue en relación a la pregunta del diputado Schubert, quien señaló los casos del Programa de Atención Temprana para la Primera Infancia Diversa (ATEPID) de la Municipalidad de Macul. No se entregaron más antecedentes. En la sesión siguiente, la Subsecretaria señaló *“Y respecto de las municipalidades, tenemos dos situaciones que me gustaría señalar para distinguirlas, a pesar de que ambas son municipales. Por una parte, hay un conjunto de municipalidades que, a lo largo de los últimos años, ha ido desarrollando programas propios, incluso creando unidades al interior de las mismas, que, en general, tienden a llamarse unidades municipales de diversidad. Ese es el nombre genérico. En ese contexto, las municipalidades hacen este proceso con recursos propios y son parte de la estructura o de los programas que realizan, con acuerdo del concejo municipal. En esos casos, no tenemos información. Esos son programas municipales propios y no hemos tenido transferencia de recursos a las municipalidades. Más adelante puedo explicar a quién eventualmente podríamos transferir recursos. Pero no hemos transferido recursos*

⁷¹ Acta de la sesión del 23 de septiembre de 2024 de la Comisión Investigadora, p. 41 y siguientes.

⁷² Acta de la sesión del 7 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 25 y siguientes.

a las municipalidades como ejecutores de ese programa. Esa es una parte. (...) Por lo tanto, las municipalidades podrían eventualmente ser un ejecutor, dado que son públicos. Los ejecutores públicos, como el Ministerio de Salud, las municipalidades o los servicios de salud no requieren la acreditación que tenemos que dar por ley. (...) Por eso, el único trabajo que se ha hecho en este momento con las municipalidades, dependiendo de nosotros, tiene que ver con las oficinas locales de la niñez. Estamos procesando algunas orientaciones para las derivaciones y los trabajos que hagan las oficinas locales de la niñez.”⁷³.

Otro caso es el de la Municipalidad de Recoleta y el convenio firmado con la fundación OTD, para que, a través de la Farmacia Popular de dicho municipio, entregan a menores de edad “*los medicamentos para su terapia de reemplazo hormonal, aunque sea menor de 18 años*”.

¿Cuántas municipalidades tienen programas de identidad de género propios o que ofrecen ese tipo de atención a través de algunas de sus unidades? ¿Cuántas municipalidades entregan hormonas a menores de edad a través de las farmacias populares? ¿Hay fiscalización de esas entregas? ¿Cuál es el financiamiento que se ha destinado para pagar estos tratamientos, programas y medicamentos? ¿Cuántos menores han recibido este tipo de atención, adicionales a los que han ingresado al PAIG? ¿Cuál es la idoneidad y experiencia de quienes atienden en los servicios municipales, si, como la misma Subsecretaria de la Niñez reconoció, no están sujetos a procesos de acreditación? ¿Cuántas unidades municipales de la diversidad existen? ¿Cuántos recursos reciben? La Subsecretaría de la Niñez, sabiendo esto, o pudiendo haberse hecho estas preguntas, ¿realizó algún tipo de acción tendiente a obtener mayor información sobre eventuales irregularidades, considerando el daño que podría generarse en niños y jóvenes?

2. El sistema de derivaciones desde las Oficinas Locales de la Niñez al PAIG.

La Subsecretaria informo que el trabajo que se está haciendo “*es generar un proceso de normas de orientación a las oficinas locales de la Niñez para que puedan tratar estos casos de la manera más adecuada posible, en términos de información y orientación. Para eso, tenemos un proceso de capacitación de los gestores de casos, que son principalmente trabajadores sociales y psicólogos. (...) El tema de la derivación y de la orientación es algo que desde las oficinas locales de la Niñez (OLN) -y hablo desde lo que a nosotros nos corresponde- se pondera y se ve cuál es la situación, dónde se necesita orientación, qué tipo de orientación se necesita y eso es lo que se deriva a la entidad correspondiente, que puede ser el programa PAIG, si está en un servicio, porque tiene un nivel de especialización en esa materia. (...) Estamos procesando algunas orientaciones para las derivaciones y los trabajos que hagan las oficinas locales de la niñez.”*

Si en 2023 solo hubo 6 derivaciones, ¿en cuánto aumentaron las derivaciones desde las OLN como para que la Subsecretaría de la Niñez considerara necesario revisar el trabajo de orientaciones para las derivaciones al PAIG? ¿Cuántos hubo en 2024? ¿Las derivaciones realizadas son con o sin el consentimiento de los padres? Los problemas y contradicciones en este Ministerio comienzan a tener los mismos aspectos que los señalados en el Ministerio de Educación.

RECOMENDACIONES

1. Suspender inmediatamente la ejecución del PAIG.
2. Al Ministerio de Salud:

⁷³ Acta de la sesión del 14 de octubre de 2024 de la Comisión Investigadora, páginas 7 y siguientes.

- 2.1 Ordenar, mediante una Resolución Exenta, que en la red pública de salud no se inicien nuevos tratamientos hormonales, sea bloqueo puberal u hormonación cruzada, en menores de edad diagnosticados o no con disforia de género, incongruencia de género y/o de género no conforme.
 - 2.2 Revisión de antecedentes de todos los menores de edad que están actualmente bajo tratamientos hormonales y entregar un informe a las Comisiones de Salud y de Familia del Senado y de la Cámara de Diputados un informe con, al menos, datos sobre su edad, sexo, tipo de tratamiento, duración del tratamiento, consentimiento de los padres, establecimiento de salud, entre otros, en el plazo de 3 meses desde la aprobación del Informe Final.
 - 2.3 El Ministerio de Salud deberá reformular el objetivo de la Comisión para la elaboración de los lineamientos para terapia hormonal, abocándose al estudio de la procedencia, seguridad y factibilidad de realizar este tipo de tratamientos, los que solo podrán realizarse a mayores de edad.
 - 2.4 El Ministerio de Salud deberá entregar la atención necesaria a los menores de edad que desistan o detransicionen.
3. Enviar los antecedentes a la Contraloría General de la República, para que realice auditorías a todo el sistema público de salud, en especial a los Hospitales y Servicios de Salud, a fin de:
 - 3.1 Determinar la cantidad exacta de menores de edad ingresados al PAIG, según edad, sexo, etc.
 - 3.2 Determinar la cantidad exacta de menores de edad que se encuentran en tratamiento hormonal, sea bloqueo puberal u hormonación cruzada, según edad, sexo, tipo de tratamiento, duración, tipo de medicamentos.
 - 3.3 En los dos casos anteriores comprobar la existencia de consentimientos informados de representantes legales que autoricen el ingreso o derivación del menor al PAIG así como a la realización de tratamientos hormonales.
 - 3.4 Identificación y determinación del gasto del arsenal farmacológico de los hospitales en terapias hormonales, desde el 2010 a la fecha, considerando la existencia de programas de identidad de género propios con anterioridad a la Ley N° 21.120.
 - 3.5 Auditoría a organizaciones de la sociedad civil que realizan acompañamientos con enfoque afirmativo.
 4. Realizar modificaciones legislativas a las siguientes leyes:
 - 4.1 A la Ley de Identidad de Género:
 - 4.1.1. Se deberán realizar modificaciones al artículo 23, que incluyan, a lo menos, los siguientes elementos:
 - a) Garantizar el deber y derecho preferente de los padres o representantes legales de educar a sus hijos, en cuanto al ingreso y/o derivaciones de estos programas. Además, la negativa de aquellos no podrá ser considerada vulneración de los derechos de sus hijos o pupilos.
 - b) Solo podrán ingresar a estos programas los menores desde los 14 años de edad.
 - c) Eliminar el enfoque género afirmativo.
 - d) La atención de los programas de acompañamiento deberá ser exclusivamente psicológica.
 - e) Que los programas de acompañamiento a menores de edad se ajusten al objeto de la ley, referido al cambio de nombre y sexo registral.

- 4.2 Al DFL 1, del Ministerio de Salud (24 de abril de 2006):
 - 4.2.1. Atribución de facultades a CENABAST para exigir detalle de fundamentación de órdenes de compra de medicamentos de hospitales.
 - 4.2.2. Atribución de facultades CENABAST para verificar, luego de la distribución de medicamentos comprados, que sean ocupados de acuerdo a lo señalado en la solicitud de compra.
 - 4.2.3. Atribución de facultades de fiscalización al ISP respecto a usos no autorizados de medicamentos ocupados para tratamientos hormonales, sea bloqueo puberal u hormonación cruzada, en menores de edad
4. Presentar un proyecto de ley, que, al menos, contenga los siguientes elementos:
 - 5.1 Solo podrán aplicarse tratamientos hormonales y cirugías de reasignación de sexo en personas mayores de 18 años.
 - 5.2 Ampliar plazo de prescripción por responsabilidad contractual y extracontractual surgida por la prescripción de tratamientos hormonales y quirúrgicos en menores diagnosticados o no con disforia de género, incongruencia de género y/o de género no conforme.
5. Remitir todos los antecedentes de las sesiones de esta Comisión Investigadora al Ministerio Público, en especial, los relacionados con la realización de cirugías de reasignación de sexo y terapias hormonales en menores de edad, a fin de determinar la existencia y responsabilidad de eventuales delitos.
6. Derogación de la Circular 812 de la Superintendencia de Educación.
7. Auditoría a todos los municipios que tengan unidades de género o unidades municipales de la diversidad y realicen programas de acompañamiento propios y derivaciones de menores de edad a hospitales. Asimismo, que se incluya una revisión y auditoría de las municipalidades que cuenten con Farmacias Populares y la entrega de medicamentos con fines de hormonación a menores de edad.
8. Auditoría a la JUNJI sobre la cantidad de capacitaciones recibidas en relación al PAIG.
9. Auditoría a FONASA para determinar los beneficiarios menores de edad que hayan accedidos a operaciones de reasignación de sexo.
10. Informe de CENABAST con el detalle de gasto de cada uno de los medicamentos que el ISP indicó que se usan en hormonar menores de edad.
11. El Ministerio de Salud deberá enviar a la Contraloría General de la República y a las Comisiones de Familia y de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados los resultados de las acciones señaladas en la sesión del 12 de agosto de 2024 ante la Comisión Investigadora, especialmente en lo referido a:
 - 12.1. Auditoría sobre la organización y actividades del PAIG (Memo A1 N°327).
 - 12.2. Revisión y evaluación de las Recomendaciones (2021) y Orientaciones técnicas (2023).
 - 12.3. Respuesta de la Superintendencia de Salud sobre la existencia de los debidos consentimientos sobre las cirugías género afirmativas en menores de edad.

- 12.4. Respuesta de la Superintendencia de Salud al Ordinario N°2370 (21 de agosto de 2024), en el que se “solicitó recabar de los establecimientos de salud públicos y privados la existencia de consentimiento informado de padres y representantes legales, así como asentimientos de NNA, y el medio de constancia de este en relación con la indicación de hormonoterapia en NNA.
 - 12.5. Respuesta de consulta a Organismos Internacionales.
13. Revisar y corregir todos los documentos relacionados con el Programa de Salud Trans, eliminando cualquier tipo de referencia de atención a menores de edad.
 14. Remitir el Informe Final a la Corte Suprema a fin de manifestar la preocupación por la aplicación del control de convencionalidad en sentencias de tribunales de familia para autorizar el cambio de nombre y sexo legal de menores de 14 años.