

**CEI 57 ENCARGADA DE REUNIR ANTECEDENTES SOBRE LOS ACTOS DEL
GOBIERNO RELACIONADOS CON LOS PLANES Y PROGRAMAS DE
ACOMPañAMIENTO PARA PERSONAS CUYA IDENTIDAD DE GÉNERO NO
COINCIDA CON SU NOMBRE Y SEXO REGISTRAL.**

PERÍODO LEGISLATIVO 2022- 2026

372ª LEGISLATURA

SESIÓN ORDINARIA

**CELEBRADA EL DÍA LUNES 4 DE NOVIEMBRE DE 2024, DE 12:35 A 14:30
HORAS.**

SUMA

1. Continuó su cometido.

ASISTENCIA

Asistieron, las diputadas y diputados Viviana Delgado, Ana María Gazmuri, Johannes Kaiser, Francesca Muñoz, Catalina Pérez, Diego Schalper, Emilia Schneider y Stephan Schubert.

Asimismo, estuvieron presentes las diputadas Monica Arce y Sara Concha.

Concurrieron como invitados y citados, la Endocrinóloga Pediátrica Clínica de la Universidad De Los Andes, señora María Francisca Ugarte Palacios y, el Endocrinólogo y Diabetólogo infantil del Hospital Carlos Van Buren, señor Andy Williams Contreras Lobos.

Concurrió en forma presencial la Secretaria Abogado de la Comisión, señora Ana María Skoknic Defilippis y el abogado ayudante de la Comisión, señor Ignacio Vásquez y, la secretaria ejecutiva accidental, señora Cecilia Céspedes.

CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

1.- Oficio N°19.958 de la Corporación, por el cual se comunica que la diputada Francesca Muñoz reemplazará de forma permanente al diputado Calisto, en la CEI 57.

2.- Comunicación por la cual se informa que, el diputado Gustavo Benavente Vergara reemplazará a la diputada Natalia Romero Talguia, en la sesión del día de hoy.

3.- Correos electrónico por los cuales se confirman la asistencia a la sesión del día de hoy de: Sra. María Francisca Ugarte Palacios, Endocrinóloga Pediátrica, Clínica U. de Los Andes. Sr. Andy Williams Contreras Lobos, Endocrinólogo y Diabetólogo Infantil, Hospital Carlos Van Buren.

4.- Correo electrónico de la señora Francisca Naranjo Quiroz, Analista División Jurídica del Ministerio de Educación, por el cual adjunta respuesta a los oficios 16, 18, 19, 23 y 25 de la Comisión Especial Investigadora encargada de reunir informaciones relativas a determinados actos de Gobierno en relación con la ejecución de terapias y programas de acompañamiento de salud, psicológicos, educacionales, relacionales, sociales, judiciales y de cualquier otra índole, a sujetos cuya identidad de género no coincida con su sexo y nombre registral (CEI-57) de la Cámara de Diputados.

5.- Correo electrónico de la señora Ignacia Oyarzún, Presidenta de la Coordinadora Unidad Legislación y Políticas Públicas | Asociación OTD Chile "Organizando Trans Diversidades", por el cual solicitan acceso a la sesión de la Comisión, del día de hoy, en representación de la Asociación

6.- Comunicación del Director Ejecutivo de Idea País, haciendo presente que algunas consultas efectuadas en intervenciones de invitados, a su juicio, no fueron contestadas. Lo indica para que las diputadas y diputados lo tengan presente en sus conclusiones.

7.- Se ha recibido un documento por parte del diputado señor Kaiser, sobre fallo judicial que autoriza a menor de 10 años a cambio registral de nombre.

VARIOS

El diputado Kaiser aportó un documento que da cuenta de un fallo judicial que autoriza a menor de 12 años al cambio registral de nombre, obviando la limitación de 14 años que establece la normativa vigente.

La diputada Delgado recordó que el 9 de septiembre se solicitó invitar a la activista por los derechos de las personas LGBT, señora Alessia Injoque. Sin embargo, nunca se escuchó su exposición.

La diputada Schneider manifestó su discrepancia respecto al listado de invitados y las personas elegidas para exponer en la Comisión, toda vez que no sería muy equitativo.

ACUERDOS

Se adoptó, por unanimidad, el siguiente acuerdo:

1. Oficiar a la Contraloría General de la República con el objeto de que se sirva dar inicio al procedimiento administrativo contemplado en el artículo 10 de la ley N°18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, por haberse configurado la causal en él descrita, en relación con el antecedente requerido por la Comisión a la Directora Nacional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, según da cuenta el oficio que en copia se acompaña, sin que hasta la fecha haya mediado respuesta sobre el particular

Se adjunta oficio N°26 de 2024, por el cual se solicita informar sobre la utilidad y gestiones que se realizan con la información que se levanta por parte

de la encuesta de vulnerabilidad, especialmente en materia de identidad de género, sexo y otras variables de los niños, niñas y adolescentes del país.

ORDEN DEL DÍA

La Endocrinóloga Pediátrica Clínica de la Universidad De Los Andes, señora María Francisca Ugarte Palacios expuso en base a una presentación¹ que dejó a disposición de la Comisión.

En términos generales, realizó una exposición en la que abordó el desarrollo psicosexual de los niños, niñas y adolescentes, especialmente en lo que respecta a la incongruencia de género o género no conforme. En su intervención, destacó la importancia de comprender que el desarrollo psicosexual es un proceso madurativo, interrelacionado con factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que comienzan en la vida intrauterina y se consolidan hacia el final de la pubertad. Subrayó que el desarrollo cerebral, que juega un papel crucial en la identidad de género y la orientación sexual, continúa hasta los 20-25 años, lo que sugiere que las intervenciones tempranas pueden tener impactos significativos.

También, exploró el aumento de la disforia de género entre adolescentes, especialmente a partir de 2014, lo que ha llevado a muchos países a reconsiderar sus políticas en relación con la transición social temprana y los tratamientos médicos para la incongruencia de género. Señaló que, aunque el diagnóstico de disforia de género solía prevalecer en hombres adultos, ahora la mayoría de las personas que buscan tratamiento son adolescentes que comienzan a manifestar su disforia durante la pubertad. Los datos de países como el Reino Unido muestran un aumento significativo en el número de mujeres asignadas al nacer como masculinas que consultan para recibir tratamiento.

Por su parte, discutió los riesgos de las intervenciones médicas tempranas, como los bloqueadores de pubertad, en niños y adolescentes. Explicó que la supresión de la pubertad no solo afecta el desarrollo físico, sino también el desarrollo cerebral, ya que durante la adolescencia se están formando las redes neuronales que son fundamentales para la toma de decisiones, la regulación de emociones y la identidad de género. En este sentido, advirtió que la intervención temprana podría alterar el curso natural de la maduración psicosexual, comprometiendo la capacidad de la persona para explorar su identidad de género y orientación sexual de manera adecuada.

Enfatizó la necesidad de un enfoque cauteloso y multidisciplinario para el manejo de la incongruencia de género en niños y adolescentes. Propuso que el manejo debe incluir la evaluación psicológica y el acompañamiento emocional adecuado, sin asumir un enfoque de afirmación de género prematura. En cuanto a los tratamientos hormonales, sugirió que deberían diferirse a etapas más avanzadas de la pubertad,

¹ <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=4461> (Sesión 11)

cuando el proceso de maduración cerebral y psicosexual haya avanzado lo suficiente para tomar decisiones informadas.

Finalmente, subrayó la importancia de la evidencia científica en la toma de decisiones médicas y la necesidad de contar con datos nacionales para desarrollar políticas públicas que respeten el derecho de los niños y adolescentes a un desarrollo psicosexual adecuado.

El Endocrinólogo y Diabetólogo infantil del Hospital Carlos Van Buren, señor Andy Williams Contreras Lobos expuso en base a una presentación² que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, se centró en la situación actual de la endocrinología pediátrica en Chile, destacando el alto nivel de esta especialidad a nivel mundial.

Destacó la sólida posición de la endocrinología pediátrica chilena, poniendo énfasis en los logros recientes del país en este campo, como las presentaciones de la doctora Ugarte y el Congreso de la SOCHED, donde se evidencia la calidad y relevancia de la especialidad en el ámbito internacional. Mencionó la presencia de destacados profesionales chilenos en importantes instituciones globales como la Endocrine Society y la ISPA, lo que resalta el reconocimiento de Chile como un referente en la endocrinología pediátrica de Latinoamérica.

Abordó una cuestión fundamental para la salud infantil: la importancia de legislar adecuadamente en temas de identidad de género y salud trans. Enfatizó que la especialidad está bien informada y respaldada por estudios científicos rigurosos, y que las intervenciones realizadas en el área están guiadas por un enfoque ético y profesional. Aclaró que la endocrinología pediátrica no debe confundirse con enfoques no médicos, como el modelo PAIG (Programa de Apoyo a la Identidad de Género), que no tiene facultades para prescribir tratamientos médicos, como la terapia hormonal, lo que corresponde exclusivamente a los endocrinólogos. Rechazó las caricaturas o malinterpretaciones que pueden surgir alrededor de estos temas, defendiendo un enfoque serio y fundamentado en el bienestar de los niños y adolescentes.

A lo largo de su intervención, también tocó el tema de las teorías psicológicas y neurobiológicas que intentan explicar la variabilidad en la identidad de género. Mencionó estudios que indican cómo la identidad de género se forma desde edades tempranas, sin atribuirlo a una causa única, sino a una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Si bien reconoció las teorías neurobiológicas y genéticas como posibles explicaciones para la diversidad de género, hizo hincapié en que estas son solo hipótesis, sin evidencia suficiente para afirmarlas de manera categórica. Resaltó la importancia de manejar estos temas con responsabilidad, especialmente en cuanto a la exposición de los niños a vulnerabilidades durante su desarrollo.

² <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmlD=4461> (Sesión 11)

Por su parte, clarificó el rol de los endocrinólogos en el tratamiento de la identidad de género, y destacó la importancia de un enfoque afirmativo en lugar de reparativo, según las guías internacionales. Enfatizó que este enfoque busca clarificar la identidad de género de los pacientes, sin imponer cambios forzados, y promueve un entorno de apoyo para los niños y sus familias, lo cual ha demostrado ser eficaz para reducir riesgos de suicidio y mejorar la salud mental y el bienestar general de los jóvenes. También subrayó que, aunque el conocimiento científico sigue avanzando, es necesario actuar con base en las evidencias disponibles y en el respeto a los derechos de los pacientes, siempre priorizando su salud física y emocional.

Hizo alusión a la importancia de un enfoque multidisciplinario y la necesidad de que los profesionales de la salud trabajen en conjunto con las familias para ofrecer un acompañamiento adecuado.

Destacó que, como médicos, el deber es responder con ética y responsabilidad a los desafíos que presenta la medicina, utilizando los mejores conocimientos disponibles, como ocurre en otros ámbitos de la pediatría, donde el tratamiento de enfermedades no siempre se basa en evidencias definitivas, pero sí en el compromiso con la vida y la salud de los pacientes.

En el mismo sentido, profundizó en la importancia de la evidencia científica en el ámbito de la endocrinología y la atención médica a niños con identidad de género diversa. Señaló que en Chile ya existen estudios nacionales de alta calidad, como los realizados por el grupo de la Universidad Católica, los cuales analizan la calidad de vida de niños y sus familias, utilizando herramientas internacionales validadas. Dichos estudios, según el expositor, evidencian que los niños trans experimentan mayores dificultades en áreas como el bienestar emocional, la autonomía y las relaciones sociales en comparación con sus pares cisgénero. Este tipo de datos, subrayó, son fundamentales para entender las realidades de los niños con identidad de género diversa y refuerzan la necesidad de acompañarlos desde una edad temprana, ya que la falta de apoyo y comprensión aumenta su vulnerabilidad.

También, abordó el informe CASS, como un estudio independiente y controvertido realizado por un grupo inglés, señalando que aunque este informe no genera nuevos datos, presenta una visión limitada de la situación y carece de revisión por pares, lo que impide que se le otorgue la misma calidad metodológica que a un estudio científico sistemático. Criticó las conclusiones del informe, que, según él, no están alineadas con las guías internacionales vigentes y, por ende, no son aplicables para el manejo de pacientes trans. Además, advirtió que su enfoque sobre la centralización de las clínicas de atención para niños trans en lugares como Santiago es inviable, especialmente para aquellos que viven en regiones más alejadas del país. Esta centralización podría dificultar el acceso a atención oportuna y adecuada para los niños y sus familias.

Continuó haciendo hincapié en los tratamientos que se emplean en la medicina endocrina para los niños transgénero, especialmente los bloqueadores de pubertad, los cuales, según explicó, son utilizados con fines médicos desde los años 60 en el tratamiento del cáncer de próstata y, a partir de los 90, también en la población trans. Subrayó que el uso de estos bloqueadores es reversible y que, aunque existen estudios que sugieren efectos secundarios, la gran mayoría de los estudios realizados en esta área son pequeños y con limitados períodos de seguimiento. Aunque es necesario realizar más investigaciones para conocer los efectos a largo plazo, destacó que, hasta el momento, el uso de bloqueadores de pubertad en niños trans ha mostrado mejoras significativas en la salud mental de los pacientes, al permitirles un tiempo de reflexión sobre su identidad sin los efectos traumáticos de la pubertad física temprana.

Mencionó la importancia de la individualización en el tratamiento y la transición de los niños trans, reconociendo que cada caso es único y que el proceso de transición, que incluye tanto el tratamiento hormonal como el acompañamiento psicológico, debe ser respetuoso, consensuado y bien fundamentado en la evidencia científica disponible. Por su parte, defendió la postura de que la endocrinología no debe ser vista como una disciplina que impone una identidad de género, sino como una rama de la medicina que ayuda a los niños y sus familias a transitar por un proceso complejo y profundamente personal, siempre bajo un enfoque de cuidado, respeto y consideración de la salud física y mental de los pacientes.

Cerró su intervención subrayando que, si bien existen desafíos y áreas de incertidumbre en el campo de la endocrinología pediátrica y la atención a la diversidad de género, el compromiso de los profesionales médicos es ofrecer una atención de calidad, empática y basada en las mejores prácticas clínicas.

Finalmente, afirmó que la medicina debe estar siempre al servicio del bienestar del paciente, sin caer en juicios preconcebidos ni estigmatizaciones, y reconoció la validez de las experiencias personales de aquellos que han pasado por procesos difíciles en el pasado, pero destacando que hoy en día las clínicas de atención a niños trans trabajan de manera más consciente, cuidadosa y basada en la evidencia científica.

El debate suscitado en esta sesión queda archivado en un registro de audio a disposición de las señoras y de los señores diputados de conformidad a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

Habiendo cumplido con su objeto, la sesión se levanta a las **14:30** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogado de la Comisión

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE ACTOS DEL GOBIERNO
RELACIONADOS CON PLANES Y PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO PARA
PERSONAS CUYA IDENTIDAD DE GÉNERO NO COINCIDA
CON SU NOMBRE Y SEXO REGISTRAL**

Sesión 11ª, celebrada en lunes 04 de noviembre de 2024,
de 12:35 a 14:30 horas.

Preside, en forma accidental, el diputado señor Johannes Kaiser.

Asisten las diputadas señoras Viviana Delgado, Ana María Gazmuri, Francesca Muñoz, Catalina Pérez, Emilia Schneider, Mónica Arce y Sara Concha, y los diputados señores Diego Schalper y Stephan Schubert.

Concurren, en calidad de invitados, la endocrinóloga pediátrica de la Clínica Universidad de Los Andes, señora María Francisca Ugarte Palacios, y el endocrinólogo y diabetólogo infantil del Hospital Carlos van Buren, señor Andy Williams Contreras Lobos.

TEXTO DEL DEBATE

-Los puntos suspensivos entre corchetes [...] corresponden a interrupciones en el audio.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

La señora Secretaria dará lectura de la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias, señora Secretaria.

Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

No hay palabras sobre la Cuenta.

Sobre puntos varios, me gustaría aportar el siguiente documento.

Se trata de un fallo del Poder Judicial sobre la autorización para el cambio de sexo registral de una menor de diez años. Considero que será un antecedente interesante de tener en cuenta, dado el tema que estamos abordando y el hecho de que el Poder Judicial también está involucrado en las materias que hemos estado discutiendo.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, se agregará el documento a la Cuenta.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Perfecto, señora Secretaria.

(La diputada señorita Emilia Schneider interviene fuera de micrófono)

[...]

No, diputada. Este es un fallo judicial que autoriza a una menor de diez años a cambiar de sexo registral, obviando la limitación de catorce años que establece la ley. Entonces, esto plantea un tema de interpretación jurídica que no es menor, sobre todo considerando las materias que estamos abordando.

Tiene la palabra la diputada Emilia Schneider.

La señorita **SCHNEIDER** (doña Emilia).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a los presentes.

Solicito que, si esto se incorpora en la Cuenta, se mantenga la confidencialidad de los datos personales de todas las personas involucradas, ya que, en mi opinión, es lo que corresponde.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la señora Secretaria.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, aclaro que en la Cuenta solo ingresaremos un título que resume esta información; no se incluirá el documento propiamente tal.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias, señora Secretaria.

También quiero hacer presente que este fallo es de dominio público, dado que la información fue publicada en la propia página del Poder Judicial. Además, el fallo es resultado de un concurso de aplicación de perspectiva de género en dicha institución.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, agregó que aquí están borrados los nombres, así que se puede publicar sin inconvenientes.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muy bien.

Sobre puntos varios, tiene la palabra la diputada Viviana Delgado.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Señor Presidente, el 9 de septiembre solicitamos que la comisión invitara a la señora Alessia Injoque, pero aún no está en la tabla para evaluar si puede venir a exponer.

Agradezco su pronunciamiento al respecto.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Señora Secretaria, ¿tenemos información respecto de esta solicitud en el listado de invitados?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Tengo el listado de invitados, pero hoy vence el plazo de la comisión; por lo tanto, no podremos incluir más invitados.

Además, quiero señalar que esto lo resuelve la Presidenta. En este caso, la diputada Flor Weisse, Presidenta titular de la comisión, preguntó en reiteradas ocasiones si alguien deseaba invitar a alguien más.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Sí, señora Secretaria. Reitero que solicitamos esto el 9 de septiembre y la vez pasada lo solicitó la diputada Schneider.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Diputadas, pido que no haya diálogos.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, no es mi interpretación; es lo que ella me dijo.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Entonces, señora Secretaria, esto quiere decir que, si quisiéramos recibir a más invitados, tendríamos que solicitar una extensión de plazo.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- No se puede, señor Presidente, porque ya solicitamos una prórroga en octubre y hoy es el último día del plazo de esa solicitud, que es la única permitida por la ley orgánica.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Eso significa que no alcanzaremos a recibir a la señora Injoque.

La señora **DELGADO** (doña Viviana).- Señor Presidente, solicito que quede registrado en el acta que esta solicitud la presentamos oficialmente, como corresponde, el 9 de septiembre, y que las personas que sugerimos no fueron citadas.

Muchas gracias.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Perfecto.

Señora Secretaria, agradezco que pueda tomar nota del punto planteado por la diputada Delgado.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, si le parece, después de la intervención de la diputada Schneider, puedo informarles sobre el procedimiento de la comisión en las próximas sesiones.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- De acuerdo.

Tiene la palabra la diputada Emilia Schneider.

La señorita **SCHNEIDER** (doña Emilia).- Señor Presidente, quiero sumarme a lo planteado por la diputada Delgado, ya que también solicité que invitáramos a Alessia Injoque. Por ello, deseo manifestar, no sé si mi molestia, pero al menos mi discrepancia con la forma en que se organizó la lista de invitados e invitadas a la comisión.

Creo que faltaron muchas voces, mientras que otras estuvieron sobrerrepresentadas. En particular, extrañamos más visiones de personas trans adultas que podrían haber compartido sus perspectivas.

Eso es todo, señor Presidente. Me sumo a lo manifestado por la diputada Viviana Delgado.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Diputada, supongo que eso siempre es un tema de perspectiva. La diputada Weisse, que normalmente preside esta comisión, habrá tenido sus razones para distribuir las invitaciones de la manera en que lo hizo.

Tiene la palabra la señora Secretaria.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, hoy vence el plazo de la comisión para recibir invitados. Después tenemos quince días para presentar, discutir y votar las conclusiones. Esto vence el jueves 21 de noviembre.

La próxima semana, el lunes 11 de noviembre, la Cámara no puede tener sesiones de comisiones a ninguna hora, atendido a que los días 11, 12 y 13 se verá el proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2025.

Por consiguiente, les quedaría el lunes 18 para presentar las conclusiones, discutir las y votarlas. Si ese día no logran ponerse de acuerdo o no se logra votar, tendríamos que citar a sesiones para el 19, 20 o 21. El asunto es que el 21 de noviembre tienen que estar votadas las conclusiones.

Quería informar eso que es muy importante, porque habrá una sesión menos para las conclusiones.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Perfecto, para que también se pueda programar la redacción de los informes.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Si ustedes sesionan el 18 de noviembre, logran votar las conclusiones y se ponen o no de acuerdo, pero votan todas las conclusiones que lleguen, esto termina el 18.

El señor **SCHUBERT**.- Entonces, deberíamos sesionar el 18.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Debieran sesionar el 18, salvo que haya algún problema con el proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2025.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Gracias, señora Secretaria.

En el Orden del Día, la sesión tiene por objeto continuar con su cometido y dar cumplimiento a lo encomendado en su mandato.

Se ha invitado a la señora María Francisca Ugarte Palacios, endocrinóloga pediátrica de la clínica de la Universidad de los Andes.

Muy bienvenida, muchísimas gracias por acompañarnos.

Tiene la palabra, señora Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica de la clínica Universidad de Los Andes).- Buenas tardes y muchas gracias por la invitación.

En primer lugar, voy a compartir la presentación.

-La expositora, señora María Francisca Ugarte, complementa su intervención con una presentación en PowerPoint.

Como me dijeron que la exposición debía ser muy corta, decidí enfocarme en algunas consideraciones del desarrollo psicosexual y en las intervenciones psicosociales y médicas en niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género o género no conforme. Aquí pueden ver algunos datos curriculares para que, si les interesa, después los puedan revisar.

Lo primero es recordar que el desarrollo psicosexual es un proceso madurativo, lo que significa que tiene distintas etapas que deben sucederse una tras otra, y que están determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales. Estos aspectos se desarrollan desde la vida intrauterina y se consolidan hacia el término de la pubertad. Además, todos estos aspectos están íntimamente interrelacionados y no pueden separarse.

Cuando uno mira la vida prenatal el sexo cromosómico va a definir el sexo gonadal, es decir, el desarrollo ya sea de testículos u ovarios. Estos van a producir hormonas que definirán cuáles estructuras distintas, tanto internas como externas, en respuesta a esas hormonas van a determinar lo que se llama un sexo fenotípico. Durante todo este tiempo prenatal, el desarrollo cerebral, tanto de las estructuras como de las redes neuronales, va cursando desde la quinta semana de la edad gestacional.

Al momento de nacer se hace la asignación de sexo en base al sexo fenotípico. Luego, en la vida posnatal, el sexo de crianza, cuando se adquiere el rol social, se va configurando la identidad y la expresión de género. Posteriormente, durante la pubertad se va consolidando tanto la orientación sexual como la identidad de género.

El desarrollo cerebral continúa en toda esta etapa posnatal. Incluso, se sabe que la corteza prefrontal, una de las áreas más importantes que tiene que ver con la capacidad de toma de decisiones, planificación, objetivos y control de la conducta sexual, se alcanza hacia los 20 o 25 años.

Quiero centrarme en el siguiente itinerario: primero, vamos a hablar de los cambios epidemiológicos en la presentación de la incongruencia de género o de género no conforme, y en el impacto de la transición social temprana de los tratamientos de supresión de pubertad.

No voy a tocar los tratamientos hormonales de afirmación de género, así como tampoco la capacidad de consentir y la maduración de la corteza frontal, porque por el tiempo no alcanzo. Asimismo, me voy a referir a niños y adolescentes, que son mi especialidad. Por lo tanto, la parte adulta no la voy a tocar.

En primer lugar, observamos dos gráficos que muestran el diagnóstico de disforia de género en Suecia. Como ustedes pueden ver, hay un incremento exponencial a partir de 2014, más o menos.

Al lado derecho tenemos otro gráfico con los datos de Reino Unido, que muestran cómo también hay un incremento desde 2014, donde pueden ver que, a diferencia de lo que se veía entre 2009 y 2011 en la parte más hacia la izquierda del gráfico, en 2014 empieza a haber un incremento muy importante, en especial en adolescentes que son derivados a clínicas o consultas por género.

En el mismo sentido, este gráfico de puntos muestra cómo la gran mayoría de los países, con excepción de Bélgica, Israel y Escocia, han tenido este mismo incremento en distintos tiempos.

El gráfico de la izquierda muestra al Reino Unido. Podemos observar cómo ha aumentado sustancialmente el número de mujeres asignadas al nacer, como género predominante. Luego, a la derecha, el gráfico muestra que en el pasado, en la primera parte, la mayoría eran personas transexuales que iban de masculino a femenino y consultaban en la etapa adulta, aunque la disforia aparecía desde la edad temprana.

¿Qué se ve en la actualidad? Que la mayoría son mujeres cuya disforia se inicia durante la pubertad, es decir, durante la infancia no manifestaban incongruencia de género o disforia.

Además, las estadísticas muestran que antes había una persistencia de la disforia de género hacia la adolescencia, entre 3 a 15 por ciento. Ahora, en cambio, aquellos que consultan por disforia de género tienen una persistencia que, según los distintos trabajos, se estima entre 95 y 100 por ciento.

Al lado derecho tenemos el reporte del Reino Unido, en el que se ve que el 73 por ciento de quienes consultaron eran de sexo femenino en el registro, y 27 por ciento de sexo masculino asignado al nacer. De estos, el 27 por ciento fueron referidos a unidades de endocrinología; y los que están marcados con asterisco, equivalentes a un 78,6 por ciento, finalmente fueron derivados a tratamientos, ya sea con bloqueadores de pubertad o con tratamiento hormonal cruzado, tanto en el sistema público como en el privado. Del 73 por ciento que no fue referido a endocrinología, un 93 por ciento no recibió tratamiento, considerando además un porcentaje que rechazó el tratamiento.

Estos datos epidemiológicos llevaron a varios países, dentro de los cuales Suecia fue probablemente el primero, a cambiar las estrategias a nivel público y de género afirmativa en niños y adolescentes, por otra más cautelosa y que llevó a prohibir algunos tratamientos, incluyendo los sociales y los hormonales en menores de edad, que sólo podían hacerse teniendo estudios de investigación aprobados por el comité de ética a nivel nacional.

Después, países como Finlandia y Dinamarca también hicieron estos mismos cambios. Sin embargo, cuando se sumó Inglaterra se despertó el interés mundial y de la prensa, a través del Informe Cass. Desde el punto de vista de los cambios de política, los resultados aparecieron en octubre de 2022 y fueron cubiertos por toda la prensa, aunque el informe propiamente tal se liberó en abril de este año.

¿Cuáles son las posibles causas que se han aducido para explicar este cambio tan importante desde el punto de vista epidemiológico?

Por un lado, cambios en la aceptación social, ya que hay algunos estudios que muestran que es más aceptado hoy que antes; cambios en los conceptos de género y de la sexualidad; aumentos de trastornos de salud mental en la población y de neurodivergencia, donde está el trastorno del espectro autista, que tiene una incidencia mucho mayor de incongruencia de género -6,4 por ciento-, y algunos otros cuadros, como el síndrome de déficit atencional, que también tendría alguna mayor incidencia.

Además, la influencia de pares, sociocultural y de redes sociales estaría involucrada en este aumento y el hecho de que las intervenciones, tanto sociales como hormonales, se están haciendo cada vez más temprano. Antes, todas las intervenciones se llevaban a cabo en adultos y había una serie de exigencias como la mayoría de edad y otras, pero hoy cada vez se están haciendo a edad más temprana. Dentro de estas intervenciones, están la transición social en niños prepuberales y los tratamientos de supresión de pubertad en cuanto inicia, y no en etapas más tardías.

Debemos recordar que, respecto del desarrollo psicológico, tanto en la etapa preescolar, de 2 a 5 años, como en la etapa escolar, de 5 años hasta el inicio de la pubertad, las expresiones de género pueden ser exploratorias y, por tanto, la consolidación de la identidad de género final aún no está y, por ende, sabemos que las intervenciones en estas etapas pueden tener algunas consecuencias.

Durante la pubertad y la adolescencia, por efecto de las hormonas sexuales, van a aparecer los caracteres sexuales secundarios y aparece, desde el punto de vista de la psicología, una serie de cambios que permitirán a la persona ir identificando su propia orientación sexual y su identidad de género.

Si observamos 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.

Entre los 20 y los 25 años, ya con el desarrollo de la corteza prefrontal, la persona es capaz de plantearse objetivos, planificar, organizar tiempo, ejecutar, inhibir conductas, evaluar y reajustar las medidas para, finalmente, tomar decisiones.

¿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.

En esta diapositiva, vemos que la gran mayoría de los niños que consultan por disforia de género, durante su evolución, finalmente se identifican con su propio sexo biológico. En cambio, actualmente hay algunos trabajos que muestran que los niños que transicionan tienen mayor incidencia de persistencia que cuando lo hacen en la adolescencia. Además, los niños que transicionan antes de los 6 años destransicionan más que aquellos que lo hacen después de esa edad.

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. La transición social precoz afirma un género etiquetando al niño, niña y adolescente sin que tengamos, a esas alturas, una identidad de género consolidada ni sepamos cómo evolucionará.

El CIE-11 clasifica la incongruencia de género en adultos y adolescentes y, separadamente, en otra categoría, en niños. Sin embargo, en ambas categorías establece que las variantes de las conductas de género, por sí solas, no son la base para asignar el diagnóstico de incongruencia de género y en el niño tampoco.

Ahora, quiero irme a la supresión temprana de pubertad. 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.

El señor **KAISER**.- (Presidente accidental).- Disculpe, ¿cuál es el tiempo asignado por invitado?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Tienen diez minutos.

Pero como tenemos dos horas y son dos invitados se les puede asignar más tiempo. Ustedes deciden.

El señor **SCHUBERT**.- Señor Presidente, es importante dejar tiempo para que contesten las preguntas.

El señor **KAISER**.- (Presidente accidental).- Pero sería interesante que continuara. Continúe, doctora Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica de la Clínica Universidad de Los Andes).- 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.

Por otra parte, la maduración de los órganos sexuales, las gonadas, genitales internos y externos, se completa durante la pubertad. Los tratamientos de supresión de pubertad, desde Tanner II, es decir, desde cuando se inician los primeros cambios puberales, altera el proceso de maduración gonadal y el impacto sobre la fertilidad es desconocido.

Esto no es menor, porque, tal como hemos dicho, si partimos el tratamiento de supresión de pubertad cuando recién se inician los primeros signos, es posible que ese joven o esa joven finalmente no se identifiquen a sí misma como trans y ya vamos a haber alterado su fertilidad o desarrollo de sus órganos.

Los tratamientos de supresión de pubertad durante la adolescencia impactan también en salud ósea, crecimiento y desarrollo funcional del cerebro, que no revierte con el tratamiento hormonal cruzado. Por lo tanto, tenemos que ser más cautos.

Entonces, ¿qué debiera contener un lineamiento para el manejo de niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género o género no conforme? Equipo multidisciplinario, descartar neurodivergencia y patologías psiquiátricas, tratar las patologías asociadas, el acompañamiento psicológico exploratorio, no género afirmativo como lo hace el PAIG, y las terapias hormonales debieran diferirse a etapas más adelantadas dentro de la pubertad para permitir que haya este desarrollo que hemos comentado.

En la diapositiva siguiente quiero hacer unas pocas reflexiones. En Chile y el mundo había una gran división entre médicos y profesionales de salud respecto de cómo debemos abordar el tema y, a nivel de la sociedad civil, genera muchas pasiones y polarización.

La medicina, en todas las áreas, avanza apoyándose en la evidencia científica y la falta de evidencia científica respecto de los beneficios y riesgos a largo plazo de los tratamientos actuales, que los encontramos en publicaciones y revisiones sistemáticas de Atlantis, Johns Hopkins en Estados Unidos; NICE, que es del Reino Unido de 2020; SBU, que es de Suecia, etcétera, hace necesario desarrollar, por un lado, más investigación y de calidad en el área, pero también conocer datos y estadísticas chilenas. En Chile no tenemos datos y eso ha sido un tremendo problema para poder planificar políticas de salud.

Finalmente, quiero recordar que los padres, los médicos, los educadores y la sociedad toda debemos resguardar el derecho superior de los niños, respetando su proceso de maduración psicosexual.

Dejo bibliografía que respalda mi presentación.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la diputada Francesca Muñoz.

La señora **MUÑOZ** (doña Francesca).- Señor Presidente, saludo a los presentes y doy las gracias a nuestra invitada por la exposición.

Valoro enormemente la presentación, porque nos entrega mucha información que todavía estamos analizando y digiriendo. Como dije, valoro enormemente lo que nos está planteando, en especial desde el área científica y médica, que es fundamental en todo lo que se está planteando en esta comisión.

Hay varios puntos que quisiera tocar, pero iré profundizando solo en algunos. A nivel internacional, como el informe Cass y en otros países, se ha tomado con mucha cautela lo que son los tratamientos en niños y adolescentes. Lamentablemente, vemos que en nuestro país el PAIG se inicia a partir de los tres años, lo cual es muy fuerte y muy complejo frente a la evidencia a nivel mundial, que está poniendo freno a todo lo que está ocurriendo respecto de la última evidencia científica.

Desde los tres años se inicia este tratamiento de parte del PAIG, donde no hay un apoyo psicológico a los niños que ingresan a este programa. Siempre se nos ha dicho que el PAIG no incorpora, por ejemplo, tratamientos hormonales; sí, pero es el camino directo hacia la hormonización. Eso ya está claro.

Se nos ha dicho en innumerables ocasiones que no contiene un enfoque, que el enfoque afirmativo no es una tendencia a fortalecer el cambio de género, pero la evidencia de todo el programa, lo que hemos visto, sí lo hace, porque tiene un trasfondo de enfoque afirmativo evidente. Eso es así.

En primer lugar, me llama mucho la atención cómo nuestro país ha sido tan irresponsable, cómo el Estado de Chile ha sido tan irresponsable frente a la evidencia médica, científica, de haber incorporado a menores de tres años en adelante -niños- a lo que es el PAIG. También tenemos niños de ocho o nueve años que ya están en tratamientos hormonales. Esos son los antecedentes que tenemos y esa es la información que se nos entregó.

Según la información que usted nos entrega, a nivel mundial la mayoría son mujeres. Me gustaría que profundice por qué se da ese punto, de que mayoritariamente las mujeres están entrando a cambio de género.

También quisiera que profundice sobre el cambio de nombre social. Usted ya lo dice en el resumen que nos entrega, en el sentido de que durante la infancia y adolescencia la plasticidad del desarrollo cerebral hace que sean períodos de alta vulnerabilidad.

Entonces, la transición social durante la infancia es una intervención que modifica el desarrollo cerebral con cambios en el proceso de desarrollo psicosexual y esto es muy profundo y muy grave, porque con el PAIG esto se minimiza.

Al respecto, cuando hemos tenido aquí al ministro de Educación, a la ministra de Salud, a las autoridades de gobierno, este punto no se toma en cuenta, se deja de lado. Es como que prácticamente el niño de tres años que empieza a cambiarse el nombre y empieza su inicio de cambio social, se minimiza y queda de lado absolutamente, en circunstancias de que la ciencia nos dice que el niño está entrando en un proceso de alta vulnerabilidad y de cambios, pero en el Estado de Chile eso se dejó fuera. Entonces, lo encuentro extremadamente grave.

En este punto es donde quisiera profundizar, porque es el inicio de todo esto: el cambio de nombre, el cambio de transición social durante la infancia.

Gracias, Presidente.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica Clínica Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, respecto de la primera pregunta, que se refiere a por qué habrá aumentado tanto en las mujeres, hay varias teorías, pero la verdad es que nada se sabe bien.

Por un lugar, el tema de la violencia hacia la mujer, y probablemente también el hecho del avance del feminismo en el mundo, ha influido en que desde pequeñas, sobre todo en familias en que hay disfunción familiar, vayan sintiendo que la violencia de género puede ser como una respuesta en que la persona, la niña, no quiera ser niña, que piense que siendo hombre va a solucionar sus problemas de violencia hacia ella.

No está claro todavía y falta mucho, porque estudiar el cerebro humano es muy complejo. Además, en lo que se refiere a desarrollo psicosexual, todo lo que hay respecto de los estudios en animales no es extrapolable, porque la conducta sexual humana es mucho más compleja que la animal, que es más instintiva y refleja. Por lo tanto, creo que falta mucho estudiar en ese aspecto.

Sobre la segunda pregunta o afirmación, en cuanto a la plasticidad, eso sí se ha podido estudiar con las nuevas tecnologías, con las resonancias nucleares funcionales, que son estudios que muestran cómo está la interconexión de las redes, y eso es lo que se puede alterar.

Por ejemplo, cuando alguien se cambia de país y tiene que aprender un nuevo idioma, se ve cómo se producen esos cambios. Pero estas son tecnologías relativamente nuevas, que para poder atribuir ciento por ciento, ya sea para uno o para otro lado, cualquier cosa, se requieren poblaciones grandes. Creo que todavía falta conocer en ese aspecto, pero que existe la plasticidad.

Eso es algo en que hoy día no se duda.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Para optimizar el tiempo, propongo ofrecer el uso de la palabra individualmente, un minuto de pregunta, dos minutos de respuesta, ¿les parece?

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, por su intermedio, diputado, ¿de qué no está de acuerdo?

-Un señor diputado interviene fuera de micrófono.

[...]

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- El procedimiento de distribución del tiempo, tiene el único fin de que todos alcancen a intervenir.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, requiere el acuerdo de la comisión, no en forma unánime, sino de la mayoría de los integrantes.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Ahora, si son tres, tengo que recordar lo siguiente. He dicho tres minutos por diputado, en razón de que hasta las 13:35 horas tenemos tiempo y hay cuatro solicitudes de palabra. Por eso, nada más.

Un señor **Diputado**.- Bueno, pero son tres minutos para la intervención de cada diputado.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Incluyendo el tiempo de respuesta.

Un señor **Diputado**.- No.

Votemos.

Remitámonos al Reglamento.

La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria).- Señor Presidente, el Reglamento no nos señala nada, sino que, si se necesita algún acuerdo, lo tienen que adoptar por mayoría de los miembros presentes con derecho a voto.

-Un señor diputado interviene fuera de micrófono.

[...]

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- No nos alcanza el tiempo. Tenemos 20 minutos y cinco palabras solicitadas. En total, serían tres de todas maneras, porque está incluido el tiempo de respuesta.

-Un señor diputado habla fuera de micrófono.

[...]

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Es que ahí nos vamos a saltar y vamos a tener a algún parlamentario que no pueda preguntar.

Continuemos con la sesión.

Tres minutos por diputado.

Tiene la palabra el diputado Diego Schalper.

El señor **SCHALPER**.- Señor Presidente, por su intermedio, saludo a la doctora y le agradezco que haya venido a dar su exposición.

Creo que es bien importante, doctora, que usted sepa que la comisión investigadora no va a zanjar la discusión médica a nivel mundial. Tarea, por lo demás, que es propia de la academia y de la ciencia. Creo que es interesante escrutar cada una de las cosas que usted ha dicho desde quienes vienen. Porque no le diría a usted una cosa muy nueva cuando digo que hay algunos estudios que están muy tensionados de acuerdo con las universidades que los propician y aquellos que las pagan: cuál es la metodología que se emplea y, por último, los resultados que ofrecen.

Lo que sí me parece interesante es que, al menos, con un mínimo de desapasionamiento, porque, tal como ha dicho la doctora, estos son debates que generan pasiones, polarización, conflictos, porque, obviamente, tocan temas complejos. Al menos, concédanos que hay argumentos suficientes para creer que en estos temas hay dudas razonables.

Por lo tanto, es interesante mirar, y creo que valdría la pena que Secretaría nos permita pedir a la Biblioteca del Congreso un estudio de cómo actúa la legislación frente a dudas razonables en materia científica, porque es interesante. Puesto que aquí da la sensación de que a veces se pretende legislar, implementar políticas públicas, dar acciones gubernamentales sobre la base de que aquí hubiera certezas y la verdad es que, al menos, a la conclusión que llego es que hay más dudas. Y, normalmente, lo que sugiere la política pública en caso de dudas es la abstención, o, al menos, la diversidad de proyectos.

Eso me parece interesante, porque al final tengo claro que en esta comisión hay algunos que creen o se orientan a creer en una determinada posición; otros más bien se orientan a creer otra. Pero aquí no estamos para zanjar discusiones científicas ni académicas. Estamos para saber qué hacer, como legisladores y como políticos, frente a materias donde hay dudas razonables.

Por eso, creo que es interesante porque, tal como dijo en su minuto la subsecretaria de Salud Pública, acá se ha creado una comisión donde se pretenden dar lineamientos.

Aquí, lo que sería interesante hacer en la comisión, en uno de sus capítulos, un diagnóstico de esto: si podemos configurar o no, tanto en materia de transición social como en transición hormonal, dudas razonables. Y a mí me da la impresión, y por eso le agradezco, doctora, que su exposición ha sido bastante interesante para al menos sentar dudas razonables de cuestiones que a veces se afirman con mucha certeza.

Gracias, Presidente.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la endocrinóloga pediátrica clínica de la Universidad de Los Andes, señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica clínica de la Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, solo comentar que cuando se mira a los países que cambiaron su estrategia, fueron pioneros en los tratamientos de las personas trans, con clínicas de género, etcétera. De tal manera que uno tiene que revisar la experiencia de esos otros países y conocer qué es lo que hay en nuestro país para poder ajustar las políticas. Esa parte es la de ustedes.

La parte nuestra es mejorar los estudios, porque sorprende que, desde 1980, cuando Holanda es parte con los tratamientos hormonales más tempranos, no haya estudios de calidad. Creo que eso es lo que ha enturbiado el conocimiento para legislar y hacer cosas bien.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la colega Emilia Schneider.

La señorita **SCHNEIDER** (doña Emilia).- Señor Presidente, quiero hacer varias preguntas.

La primera, respecto de la respuesta que la doctora dio a la diputada Francesca Muñoz, cuando se señaló que el avance del feminismo y la violencia contra las mujeres podría ser una explicación para el aumento de transiciones de género de niña a niño, por ponerlo en esos términos. ¿Esa teoría es de elaboración propia? ¿Tiene algún respaldo? ¿Es de alguien? ¿O es una respuesta, digamos, elaborada en este momento para esta comisión?

Porque me parece un tanto fantasiosa, creo yo. Sobre todo, porque el feminismo, no diría que es una cuestión hegemónica en la cultura. Me parece interesante el efecto de la violencia de género en disuadir de ser mujer. Creo que es una afirmación un tanto audaz. Entonces, eso me gustaría preguntarle primero.

En segundo lugar, a propósito de su ejercicio de la profesión como endocrinóloga pediatra, ¿cuántas variaciones de esa plasticidad neuronal ha visto en los niños que usted ha frenado su pubertad? Ello, pensando en los niños que tienen pubertad precoz.

¿Cuál es la evidencia en torno a esa población cisgénero con alternaciones de la plasticidad neuronal y por qué sería diferente en la población trans? ¿Cuál sería la diferencia ahí, cuando se está aplicando el mismo tratamiento de bloqueo puberal?

Eso me gustaría preguntarle, y solamente detenerme, a propósito de que me queda un poco de tiempo, en algo que señaló la diputada Francesca Muñoz, al principio de su intervención, cuando señaló que se estaba hormonando a niños de tres años de edad.

Eso ha sido una cuestión que se ha desmentido, una y otra vez, en esta comisión y quizá no fue así como lo dijo, pero me agradecería que no lo haya dicho así y que sea un consenso en esta comisión que eso es una mentira rotunda, que no hay hormonación a niños y niñas de tres años de edad y esperaríamos que todas y todos aquí quienes tenemos un cargo público honremos la verdad y no sigamos difundiendo esas mentiras que lo único que hacen es generar miedo y dañar este debate.

Eso es todo, Presidente.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la endocrinóloga pediátrica clínica de la Universidad de Los Andes, señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica clínica de la Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, respecto de la primera pregunta, sí se sabe, y en el artículo que cito en la bibliografía respecto de las experiencias adversas, sí modifican la plasticidad.

Ahora, de si son esas las explicaciones, la verdad es que no encontré estudios al respecto, pero sí son de presentaciones que se han hecho en algunos congresos, conversatorios, etcétera. De manera que la evidencia de experiencias adversas de sufrir la violencia de otros sí puede modificar el desarrollo psicosexual.

El señor **SCHUBERT**.- Pero no hay estudios.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica clínica de la Universidad de Los Andes).- No lo sé, no los encontré por lo menos de esa parte, pero sí de experiencias adversas.

En cuanto a su consulta de la pubertad precoz, agradezco la pregunta, porque cuando uno utiliza análogos de LHRH 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.

Una vez que llegan a la edad de pubertad, generalmente en las niñas, por ejemplo, uno mantiene el tratamiento hasta alrededor de los 11 años de edad no más, y en los varones se mantiene hasta alrededor de los 12 años de edad, se retira el medicamento. De tal manera que viene el proceso de pubertad y, por lo tanto, van a tener el *peak* de [...] ósea

en el hueso, van a tener el estirón puberal y no se van a producir las consecuencias de lo que se hace acá. De hecho, todos sabemos que los medicamentos análogos de LHRH, 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.

Entonces, es una de las razones por las cuales a los dos años, o dependiendo de la edad de la persona, tendrán que iniciar tratamiento hormonal cruzado. Por eso, justamente en la pubertad precoz no se dan esas alteraciones.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra la diputada Sara Concha.

La señorita **CONCHA** (doña Sara).- Señor Presidente, seré muy breve en mi intervención.

En primer lugar, agradezco a nuestra invitada por venir a exponer a esta comisión desde el conocimiento, los estudios y la ciencia, lo cual es muy importante para nosotros.

En ese sentido, quiero saber si usted, como endocrinóloga, considera necesario tener -y lo mencionó en alguna parte de su exposición- solo un enfoque, el trans-afirmativo, como lo es el PAIG. En mi opinión, es necesario expandirlo, pero no sé si usted nos lo puede explicar.

Además, me gustaría saber si usted, a partir de su profesión, ha utilizado inhibidores de la pubertad, hormonización cruzada, y cuáles serían. Aunque mencionó algunos, quiero que profundice en las consecuencias secundarias que tiene el hecho de utilizar inhibidores de pubertad en los niños y jóvenes o adolescentes.

Por último, desde su experiencia también como diabetóloga, sería importante que nos explicara si es efectivo que las terapias con hormonas feminizantes aumentan el riesgo de sufrir diabetes, la enfermedad más común, porque, finalmente, lo que uno ve es que ingresan personas sanas a un tratamiento, pero con la hormonización terminan con enfermedades de base y de otro tipo.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra la señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña Francisca (endocrinóloga pediátrica de Clínica Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, respecto del PAIG, este declara explícitamente que será una intervención género-afirmativa. También, cuando la subsecretaria dijo que se iba a constituir esta comisión investigadora, señaló que el gobierno iba a seguir con su estrategia género-afirmativa.

De manera que el PAIG, aparte del problema, hizo una definición en un momento y lo expandió a niños de tres años, en los cuales es absolutamente inadecuado intentar afirmar un género que todavía se está formando. Hay que dejar que el niño tenga su propio proceso de maduración psicosexual, sin orientarlo hacia uno u otro lado, sino dejarlo que explore, porque al final se va a definir, va a tener su tiempo de definición.

Así que el PAIG tiene otros problemas también, como es la estructura en la que se realizó, por cuanto se excluye absolutamente la derivación para evaluación psicológica y psiquiátrica. Efectivamente, el psicólogo en una intervención hace una cantidad de cosas

que van más que nada destinadas a la cosa social y no a si hay o no otras alteraciones, depresión, etcétera.

Por otra parte, las estimaciones de los números del PAIG me parece que son muy inadecuadas, porque se basan en datos de adultos. Como dijimos, esto ha cambiado mucho, pues los adultos trans de hoy no pasaron por esos tratamientos en edades pediátricas. Si ingresaron 1.900 niños en un año, sería muy interesante que conociéramos esas estadísticas, para ver cuál ha sido la evolución en el tiempo.

Respecto de los efectos adversos, no me quise referir a ello, porque son absolutamente consensuados y la misma Wpath los ha publicado. Estos se refieren a los riesgos cardiovasculares, de cáncer, de mamas, de disfunción hepática severa y a los riesgos de enfermedades metabólicas, dentro de las cuales la diabetes es una de las enfermedades. Desde luego, eso está absolutamente documentado.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Quiero hacer unas consultas muy breves.

Primero, ¿usted considera que los estudios en que se basan estos programas estatales tienen suficiente respaldo científico?

Y, segundo, si el PAIG se aplica a tan tempranas edades, debo entender entonces que tiene un impacto de la mano del enfoque afirmativo en el desarrollo cerebral de los menores, con lo cual se podría estar induciéndolos a reafirmarse en esta situación. ¿Esto podría explicar en parte el aumento del número de pacientes en otros países donde ya se ha producido?

Tiene la palabra la señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña Francisca (endocrinóloga pediátrica de Clínica Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, respecto de la primera pregunta, 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.

En cuanto a la pregunta sobre el PAIG, 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 este incremento tan importante en esos países, se puede advertir que eran pacientes que ya habían sido intervenidos tempranamente en su vida.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado Stephan Schubert.

El señor **SCHUBERT**.- Señor Presidente, como algunas preguntas ya fueron hechas, obviamente me las ahorraré.

La señora Ugarte habló de daño importante en materia ósea y cardíaca e, incluso, de que afectaba la capacidad intelectual, en el caso de los hombres, de 110 a 94 IQ. Yo, al menos, no lo había escuchado aquí. Sin duda, son datos muy relevantes, como también lo que acaba de señalar sobre las enfermedades en general y las otras enfermedades de base que quedaban producto de la hormonización.

Además, usted señaló que los inhibidores puberales y las hormonas cruzadas afectaban el desarrollo puberal. Se ha dicho -no sé si usted lo puede explicar- que eso es totalmente reversible, es decir, que puedo cortar el tratamiento en cualquier momento y la hormona natural vuelve a secretarse y volvemos al estadio anterior. Eso lo entiendo. Pero la pregunta que hice a las autoridades, que forma parte de las muchas consultas que no contestaron, es qué ocurre si esa persona se inicia tempranamente con los bloqueadores, luego con las hormonas cruzadas, transcurre su adolescencia en esta condición y luego, por ejemplo, como ha habido casos -de hecho, una de las personas que testificó vía Zoom en esta comisión señaló aquello-, siendo ya joven adulto o adulto corta con las hormonas, pero su desarrollo puberal no estuvo. No sé si usted puede explicar de manera más clara qué implica eso. O sea, naturalmente vuelve su hormona, pero eso ocurre a los 27 años, cuando ya pasó la pubertad. ¿Qué efecto tiene eso?

Por último, qué valor científico le da usted o qué peso tiene el informe Cass, que ha sido duramente cuestionado por algunos, pero muy defendido por otros. ¿Qué valor le da, dada la escasa evidencia científica que hay? Sin embargo, entiendo que ese informe es más contundente. ¿Qué opinión tiene al respecto?

Muchas gracias.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la señora María Francisca Ugarte.

La señora **UGARTE**, doña María Francisca (endocrinóloga pediátrica de Clínica Universidad de Los Andes).- Señor Presidente, respecto de la reversibilidad, 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.

Respecto del tema de la fertilidad, hay muy pocos estudios y son muy pequeños. Por lo tanto, llama la atención que no se hayan preocupado de ese aspecto, sobre todo en los detransicionadores. Desgraciadamente, las personas que detransicionan están muy abandonadas y no se han hecho estudios para ver cuáles son esos efectos.

Del valor del informe Cass, que consiste en una revisión, el encargo fue evaluar cómo se estaba realizando la atención en el Reino Unido, y para entender esto se hizo en dos partes. Una, que consiste en seis revisiones sistemáticas. ¿Qué son las revisiones sistemáticas? Se encarga a metodólogos -esto no lo hacen personas que trabajan en medicina en género, sino que habitualmente son médicos dedicados a metodología- y hacen revisiones para ver todos los trabajos publicados respecto de un tema.

Entonces, acá hay seis revisiones sistemáticas: calidad de las guías clínicas; transición; suicidalidad o trastornos de salud mental; supresión de la pubertad; tratamiento hormonal cruzado, y se me escapa una en este momento.

Los ingleses siempre han sido los más minuciosos con sus revisiones sistemáticas, y cuando uno mira la revisión, vienen descritos todos los pasos: la metodología utilizada fue

la correcta, usaron [...], etcétera; o sea, está todo muy bien hecho, y cuando los metodólogos lo revisan dicen que estas revisiones sistemáticas son de muy buena calidad.

Pero, además, quienes trabajan en el informe Cass, para poder entender cómo era el estudio, entrevistaron a médicos, personal de salud, personal de aseo que trabaja en las clínicas que ellos tenían -eran dos clínicas que se dedicaban a género-, familiares: familia nuclear y familia extensiva, y profesores; o sea, hicieron una tremenda evaluación. Justamente esa es una de las cosas que se está haciendo en la Sociedad de Endocrinología, una nueva revisión sistemática, actualizada ahora, al año 2024, para ver si esto ha cambiado.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Se agradece, pero estamos en el tiempo. Muchísimas gracias, doctora Ugarte. Agradezco la información que nos ha puesto a disposición.

Si los colegas todavía tienen preguntas que hacer, seguramente se podrán dirigir directamente a usted y la Secretaría obtendrá probablemente también esa información.

Muchísimas gracias.

Recibimos a nuestro siguiente invitado, al endocrinólogo y diabetólogo infantil del Hospital Carlos van Buren, señor Andy Williams Contreras Lobos.

Bienvenido.

Tiene la palabra.

-La señora Secretaria habla fuera de micrófono.

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Sí, es que ahí está la extensión de lo que les voy a mostrar, parte de la presentación.

En primer lugar, agradezco a la doctora su excelente presentación, algo que me enorgullece como endocrinólogo de este país.

Señor Presidente, en relación con lo mismo, parto mi presentación contándoles que la endocrinología pediátrica chilena está muy bien posicionada a nivel mundial.

Ya lo vemos con el nivel de presentación que han visto ustedes de mi colega, la doctora Ugarte, en la cual ha mostrado la realidad de este tema en cuestión, que hoy nos tiene en el debate y con la necesidad de llegar a acuerdos y legislar algo para dar respuesta a las necesidades de nuestra población infantil.

En esta lámina les muestro la reciente foto de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes en el Congreso de la Soched, que la doctora Ugarte presidió. Además, quiero contarles que dentro de esta sociedad hay personas muy importantes a nivel nacional, que son referentes mundiales de la Endocrine Society, de la ISPA, de la Academia Americana de Pediatría.

Quiero mencionar esto porque el nivel de nuestra especialidad, de nuestra área es a nivel mundial; o sea, tiene una connotación importante dentro de los mejores de Latinoamérica. Por lo tanto, lo que aquí se hace, lo que se hace en este tema y en otros, no carece de irresponsabilidad. Eso es lo primero que quiero decir, por lo que me siento muy orgulloso, como pueden ver, de lo que fue la presentación anterior.

Asimismo, voy a enfocar mi presentación en cerrar ciertas dudas que constantemente tiene esta comisión, y me gustaría que, de todas maneras, vayan integrando lo que se está entregando, en calidad de experto -aunque me dé un poco de pudor- desde la endocrinología, respecto de los cambios epidemiológicos como fueron mostrados, que van

de la mano con los cambios sociales, culturales y religiosos que existen en cada lado de nuestro mundo. Es multifactorial. Entonces, no lo podemos atribuir necesariamente a una cosa específica en relación con violencia de género o con cosas del feminismo. Ese un error y es un poco audaz, como comentaron por ahí, hacer ese tipo de aseveraciones.

Quiero recordarles que todo esto de hablar de que a los tres años empieza la formación de la identidad de género es real, eso está demostrado en los estudios. Hay varias teorías psicológicas clásicas que explican cómo se va conformando la identidad de género. Dentro de ellas, la más importante es la teoría cognitiva evolutiva de Kohlberg. Esa es la respuesta que tanto piden por ahí: ¿de dónde sale? No sale del capricho de un endocrinólogo ni de un psiquiatra. Estos son estudios que han demostrado cómo se va formando en relación con cómo el niño se va adaptando a su cultura, lo que le van expresando sus cuidadores.

Por lo tanto, este es el fundamento de la expansión de la edad para iniciar un tipo de acompañamiento, y no tratamiento, en las personas que expresan género diverso desde la infancia. ¿Por qué? Porque esto lleva a exposición de vulnerabilidad en muchas áreas.

Continuando con lo mismo, también tienen que recordar, como lo mencionaron antes, que existen teorías, hipótesis neurobiológicas que explicarían que existe una variación en la diversidad de género, en la identidad de género, y nosotros como endocrinólogos no desconocemos, la sabemos. Por lo tanto, responsablemente, las tenemos que dar a conocer a toda la población.

Como les menciono, son simplemente hipótesis, no es nada comprobado. Dentro de ellas, la teoría neurobiológica, en la cual existiría un *timing* asincrónico en la impregnación androgénica cerebral durante el período prenatal, estaría siendo la explicación más latente. Pero, como les digo, no hay evidencia suficiente para decir que esta es la causa de la diversidad de género.

Asimismo, como avanza la tecnología en el mundo, existen estudios en relación con el polimorfismo genético en el receptor de estrógenos cerebrales en la población transmasculina, que son asignados femeninos al nacer, y por ahí también respondo una pregunta de por qué pudiese ser que exacerbemos tanto en este tipo de población. También podría haber alguna asociación, pero no tenemos la suficiente evidencia para dar la causalidad de que exista una variación genética que explique una identidad de género diversa.

Como les menciono, lo tengo que exponer, porque es parte de lo que nosotros hacemos y sabemos, que es real, pero son hipótesis, no las negamos. Y aquí me quiero diferenciar inmediatamente de lo que es el PAIG.

Voy a hablar desde la endocrinología, no del PAIG. El PAIG tiene otras funciones que ya han sido repetidas muchas veces, no tiene que ver con prescripción de medicamentos. Incluso, para que ustedes sepan, ellos no pueden hacer interconsultas médicas, porque quienes están en el PAIG, no son médicos, independiente de que estén insertos en algún programa local de identidad de género de algún hospital. Esa es una normativa interna. El PAIG, según la nominación, no tiene facultad de hacer interconsultas médicas.

Por lo tanto, al endocrinólogo no vienen derivados desde la dupla PAIG; tienen que ser derivados a partir de un médico referente, ya sea de nivel primario o de su hospital, para hacer la interconsulta médica a endocrinología. ¿Cuándo lo hacen? Cuando el paciente con su familia así lo desean. No porque tenga tres años y el niño diga miau lo vamos a mandar al veterinario, como es la caricaturización que se está haciendo respecto del PAIG,

que me parece muy ofensiva. Y yo, que sí estoy frente a las familias y a los pacientes, lo veo con mucho dolor.

Respecto de esas preguntas que tienen, como de dónde sale el modelo de afirmatividad, hay terapias en relación con cómo abordar la identidad de género. Existirían terapias como la reparativa o conversiva; está la terapia afirmativa; está la terapia de aceptación y de compromiso del paciente, y está el modelo holandés.

Dentro de estas -dejo expresa ahí la bibliografía para que la puedan revisar con calma-, la que tiene mayor aceptación es la afirmativa, que permite una fase de intervención de modelo integrado psicosocial, que está dirigida a aclarar la identidad sin plantearse el desafío de cambiarla, para hacerla congruente con su sexo asignado, poniendo énfasis en la exploración de los aspectos, en el conflicto respecto del género y aliviar los sentimientos disfóricos -“disfórico” significa incongruencia; la disforia de género es una patología de salud mental; no todos los niños trans tienen disforia-, mejorando con ello la salud mental y la autoestima. Y luego viene la fase médica y la fase quirúrgica.

Por eso se menciona tanto en las guías internacionales, como la Endocrine Society y la Wpath, el modelo afirmativo.

Esa es la bibliografía, esa es la realidad y hay estudios que han demostrado que tiene menor porcentaje de exposición a vulnerabilidad durante este período, disminución del porcentaje de suicidio adolescente y de exposición a situaciones de riesgo con sus pares en los colegios.

La Academia Americana de Pediatría, y no la Academia de Peditras de América, que es el colegio de peditras distinto a la academia americana; este es mucho más grande, en el año 2018, con todas las revisiones que les mostré, la que desestima utilizar el modelo conversivo-reparativo, porque va en contra de la naturalidad y cambia a este modelo afirmativo -la Academia Americana de Pediatría-, porque, según mencionan, las variaciones de la identidad de género y la expresión de género son parte de la diversidad humana. Incluye, incluso, más allá del no binario.

Esto se realiza, porque lo que busca este modelo es generar una interacción multidisciplinaria entre el apoyo a los padres de familia, desestigmatizar, promover la autoestima, facilitar el acceso a la salud, educar familias y promover espacios seguros. En ningún momento busca incidir en que se acepte completamente, como quieren hacer pensar cuando decimos afirmativo, que el niño mantenga su identidad de género. Reitero, está dirigida a aclarar la identidad. Por lo tanto, es parte de la exploración; no es fomentarla, porque eso es un error de concepto.

Es muy importante también, a propósito del abordaje, como médico, no realizarlo. Justamente, mi colega mencionó todo el tema de la plasticidad neuronal y el estudio que existe hoy en día, a nivel de estudios funcionales cerebrales de las conexiones que existen. Como se muestra en la lámina, hay un estudio asiático muy reciente que hace referencia a cómo situaciones traumáticas, incluida la violencia y el acoso, pueden generar alteraciones neurocognitivas por estas vías que vienen alteradas, cuando se producen estos episodios. Esto también incluye parte de lo que podría generar a un niño tener un episodio de vulnerabilidad respecto de su identidad de género. Por lo tanto, no tomarlo en cuenta me parece algo más riesgoso.

Como comentaban en esta comisión, la medicina está llena de dudas y eso es lo que a nosotros nos compete como clínicos, así como a ustedes les corresponde legislar para

poder dar respuesta a las necesidades médicas y de salud de esta población. Entonces, sí, existen dudas razonables en muchas patologías.

Sin ir más lejos, dos tercios de los fármacos en pediatría no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ni por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y se usan totalmente.

Yo trabajo en la unidad de cuidados intensivos pediátrico, y si tengo un paro cardiorrespiratorio por asistolia, voy a pasar adrenalina a mi paciente -así está en las guías mundiales-, pero hoy se sabe que existe poca evidencia metodológica de que la adrenalina sea efectiva para salvar una vida. Por ética, no voy a dejar a un niño, dentro de un grupo de niños, que produzca un paro y no le pase adrenalina pero a otro sí, para ver qué tan efectiva es la adrenalina. Lo mismo ocurre en este sentido.

Acabo de mencionar un ejemplo bastante grosero, pero, en el fondo, es para que entiendan que, en relación con los estudios científicos y la metodología, hay que tener mucho cuidado con lo que uno dice para utilizarlos, cuando los analiza.

Por esto mismo, en relación con lo que se menciona de los estudios que no existen, no sé por qué no han tenido conocimiento de que existe un estudio chileno de calidad de vida, de un grupo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el que se hacen encuestas, a través de una herramienta internacional que se llama *kidscreen* que evalúa no solo al niño, la vivencia, sino a sus padres. El estudio del equipo de la universidad católica fue publicado en una revista científica, revisada por pares a nivel internacional.

En el estudio vemos, a modo de resumen, la estadística de un N de cerca de 100 pacientes que tienen expresión de género diversa y un grupo de control. En estos cuestionarios encontramos diferencias significativas en lo que se llama metodológicamente -cuando les presenten una tabla- el *p-value*, que tiene significación estadística y, por tanto, clínica. En todos los dominios que acá se mencionan -respecto de bienestar emocional, autopercepción, autonomía, desarrollo con sus pares- siempre los niños trans nacionales de esta población, de este corte, tienen puntajes menores. Asimismo, qué cosas son las más diferentes que han ido cambiando con el tiempo el desarrollo del desenvolvimiento en los colegios; también, la percepción que tienen los padres, incluso, aquellos padres o cuidadores que tienen niños trans también pueden tener un sesgo en cuanto a los cuidados o la percepción de qué tanto sufre el niño que expresa una identidad género diversa. Esos, en el fondo, son factores que exponen a nuestros niños y los vuelven vulnerables. De ahí nace la necesidad de acompañar estas realidades en la infancia. No es capricho ni de los psiquiatras ni de los médicos, porque nosotros, por nuestra profesión, queremos acompañar y ayudar, y no enfermar.

Respecto de las conclusiones del informe Cass, que todos conocen, me imagino, se trata de un informe que no fue expuesto en una revista científica. Por lo tanto, no tiene revisión de pares, ni la misma metodología para darle la calidad de un estudio sistemático; utiliza revisiones sistemáticas y además agrega otros enfoques, otras visiones, pero no es un estudio científico validado, sino un informe. Por ello, se llama informe Cass, desarrollado por un grupo inglés independiente.

Aquí me quiero detener porque se hace una evaluación respecto de la literatura disponible, y acá los estudios disponibles para evaluarlos, todos ellos, o la mayoría, carecen de algún tipo de evidencia robusta, pero eso no quiere decir que se vayan a desestimar. Tenemos guías clínicas nacionales con poca evidencia científica, que

ocupamos a diario, en muchas áreas. Que no tengan una buena calidad, no significa que no sirvan. Hay estudios pequeños, con N pequeñas, en los que las diferencias son significativas y, por ende, nos ayudan a dar un tratamiento y una terapéutica para poder ayudar a estos pacientes, en distintas enfermedades. Por eso, hay que tener mucho cuidado y por eso hay científicos del área de la medicina dedicados a la evaluación de esto.

Por eso, hay que tener mucho cuidado en cómo se interpretan las tablas que se presentan o cómo uno las va a utilizar.

Hay un sistema denominado GRADE, donde las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorios están por sobre cualquier estudio observacional. Y en este tema, hay muy poco de evaluación GRADE de calidad.

Entonces, que estas mismas guías establezcan que existe evidencia de baja calidad, puede ser el sustento de recomendaciones clínicas claras, como para otras patologías.

El problema está en cómo se presenta a una audiencia general la evidencia usando la etiqueta de baja calidad o débil, sin explicación técnica del término. Esto es aún más problemático en el caso de los medios de comunicación. O sea, es como tener esta información y ver cómo la utilizo para poder entregarla.

¿Y qué dice que no dice? No hace referencia a evidencia alguna que dé cuenta de posibles daños, físicos o psicológicos, causados por la transición social, el uso de los bloqueadores puberales y hormonas cruzadas.

A diferencia de lo que algunos medios han reportado, este informe no generó datos nuevos. Eso lo conocemos. Lo que ellos exponen ahí es lo que sabemos.

El informe Cass no recomienda prohibir el uso y acceso a los bloqueadores de pubertad. Tampoco recomienda prohibir la transición social para ningún grupo de edad. Cass recomienda que niños y niñas prepuberales y sus familias puedan acceder tempranamente al apoyo necesario por parte de profesionales calificados para tomar decisiones relacionadas con la transición social, lo que ocurre hoy en Chile, aunque no lo quieran ver algunos colegas.

Entre las conclusiones se establece que es un documento controvertido, no genera datos nuevos y contiene recomendaciones que contradicen las guías de tratamiento internacionales vigentes y afirmaciones que exceden muy significativamente el contenido de las revisiones sistemáticas.

Acá les muestro el modelo del mismo informe Cass, que no es tan diferente a lo que plantea la Endocrine Society y lo que hacemos también en Chile, que carece de mucha responsabilidad. Solamente hay diferencias en que ellos buscan la centralización de las clínicas para dar atención a estas realidades, a estos niños. Imagínense la centralización en Chile, lo que significa que un niño en Punta Arena o en Arica deba viajar a Santiago para encontrar algún tipo de acompañamiento en su proceso de transición. Uno lo ve desde fuera. Sabemos que es difícil, en distintas áreas médicas, para todo el país.

Entonces, ¿qué sustenta las terapias hormonales de la endocrinología? Como mencionaron, desde 1960 aparecen en el manejo, como análogos de GnRH, principalmente para el tratamiento del cáncer de próstata, y cerca de los años 90 viene a utilizarse en la población con género diverso, precisamente con la argumentación endocrina, que todo endocrino formado en Chile sabe que la detención de la pubertad provoca cambios que son reversibles. La prolongación de ese tratamiento es lo que está

en estudio para demostrar qué ocurre en las poblaciones futuras, lo cual nosotros no estamos desconociendo. No obstante, lo que se imparte en la universidad, lo que sabemos como endocrinos, es que son terapias reversibles o parcialmente reversibles.

Aquí les muestro algunos estudios que evalúan la supresión puberal en esta población y la metodología.

Este mismo estudio, el de Taylor, que es el más importante para mí, está incluido en la revisión sistemática del informe Cass, y de forma arbitraria, aunque ustedes no lo crean, acá mencionan con colores cuáles tienen alta calidad o baja calidad o media calidad, y cuando hacen sus conclusiones, ellos las obvian. ¿Por qué? No lo sé. Eso habría que preguntárselo a los autores.

Resultados de la salud física y cardiometabólica ya fueron señaladas.

Además, ellos mencionan que faltan estudios de alta calidad que evalúen el impacto de la supresión puberal en adolescentes que experimentan disforia o incongruencia de género. No se pueden sacar conclusiones sobre el impacto de la supresión puberal en la disforia de género, salud mental, psicosocial, desarrollo cognitivo y fertilidad, y la salud ósea y altura pueden verse comprometidas durante el tratamiento, que es lo que sabemos. Eso ocurre en los pacientes cisgénero.

Acá también les muestro otro estudio que señala que, respecto de los análogos, adolescentes que recibieron bloqueo puberal en Tanner 2 o 3, tenían menos ansiedad, depresión, estrés, dificultades de internalización e ideación suicida al compararse con sus pares, que no tenían identidad de género y que no habían recibido bloqueo puberal.

Ahora, ¿qué pasa con la población cisgénero, que me parece superimportante mencionar? ¿Qué pasa con los bloqueos de pubertad precoz? Aunque no es el tema en cuestión, resulta que ocupamos el mismo medicamento diariamente en niños en los cuales se frena su pubertad, y no sabemos qué cambios cognitivos se puedan presentar a futuro o qué tan presentes están en esta población, pero se ocupan igual.

En esos dos estudios más grandes la evidencia actual se centra principalmente en niñas con pubertad precoz, y no en niños con pubertad precoz, con una calidad muy baja a baja moderada, tienen mucha heterogeneidad entre los cortes y diferentes enfoques en el uso de los análogos, con estudios con N muy pequeños, estudios con seguimiento de promedio a tres años. Tampoco en esta población existen personas de más de 20 años, y el tratamiento con análogos mejoró en algunos casos la talla final de las niñas al comparar con aquellas que no fueron tratadas y también se redujo el riesgo de la menarquia precoz, que es lo que sabemos, como endocrinólogos, y no encontró evidencia mayor de riesgos de sobrepeso u obesidad, aunque sabemos que es uno de los efectos secundarios, que es muy probable, pero este estudio no lo menciona así.

Respecto de la fertilidad, solo un estudio muestra que existen más embarazos espontáneos en niñas tratadas *versus* las no tratadas, sin aumento del riesgo de aborto espontáneo.

La densidad mineral ósea está en el rango normal para la edad y el sexo, antes y después del tratamiento.

Hay evidencia preliminar de que la pubertad precoz puede conducir a ciertos problemas psicológicos y sociales, lo que es sabido por cualquier endocrinólogo.

Y el impacto a largo plazo del tratamiento con análogos aún no está claro desde la visión cisgénero. Acá no hay evidencia suficiente, pero se sigue ocupando en la población cisgénero de forma diaria.

¿Qué efectos secundarios existen, que son tan controvertidos y que generan tantas dudas a todos?

En la revisión hubo dos casos de pseudotumor cerebri; cuatro casos de hipertensión, cinco casos de epifisiólisis de la cabeza femoral; dos casos de reacción anafiláctica; reacciones locales, muy variadas, y RAMs observados en adultos, que se utiliza para el cáncer de próstata, donde está la mayor cantidad de estudios reportados de efectos secundarios que se repiten reiteradamente en redes sociales y por quienes nos hacen las consultas en esta comisión, son pacientes adultos que tienen un deterioro diferente, individual, de la propia adultez para enfrentar este tratamiento.

Los efectos secundarios de este medicamento son diferentes. ¿En niños? Sí, lo son, y aquí tienen las referencias.

La evidencia actual del uso de bloqueadores de pubertad no se puede aplicar directamente a los niños con pubertad precoz central, porque solo hablamos de niñas, debido a la falta de datos sobre esa población.

Se necesita más investigación, en particular ensayos clínicos randomizados a gran escala, multicéntricos, o estudios comparativos de alta calidad con un N, seguimiento y duración adecuados, que incluyan tanto a niños como a niñas, antes de extraer conclusiones firmes.

Es importante recordar los principales factores que influyen en los efectos a largo plazo del tratamiento con a GnRH, que nosotros sabemos que también se utiliza en la población trans. Respecto de esto, los supresores análogos en la población trans, la mejoría psicológica es evidente. Parece estar relacionado, y acá tengo la bibliografía actual, que pueden revisar.

Entonces, ¿cómo apoyan estos el bloqueo puberal? ¿Por qué hablamos de bloqueo puberal y salud mental? Porque esto permite el desarrollo del pensamiento operacional formal. Le doy un tiempo al niño, en el cual requiera la intervención, para explorarlo, no inhibirlo, sino detener que se sigan expresando sus caracteres sexuales secundarios que lo disforien, que lo pongan mucho más ansioso, que lo depriman e inhiban. Ese es el argumento que se utiliza por la población cisgénero, que se sabe que se produce. Como la población está adelantada, en los niños trans, en cuanto tienen su inicio de pubertad, se utiliza con ese fin, no para incidir en que ellos puedan afirmar su identidad de género. Nos da tiempo, y algunos estudios hablan de esta terapia de espera vigilante, que es un poco similar, pero no es el objetivo principal de nuestra intervención principal.

Acá les muestro otro estudio holandés, que también es superdiscordante y controvertido, respecto de las mejorías que tienen de forma estadísticamente significativa y aplicable en distintos temas.

En el último *review* último, sobre bloqueadores de pubertad, incluidos en el Informe Cass, nueve artículos de 2021, con una calidad mediana o buena calidad, se refieren al uso de bloqueadores de pubertad y mejora en la salud mental. Ocho tienen resultados positivos y uno neutro, sin efectos negativos en salud mental. Existe una disminución de los problemas de salud mental, menos suicidalidad, mayor satisfacción. Esto fue

encargado por la WPATH, y el veredicto es que lo recomienda; y Taylor, que está incluido en el Informe Cass, no lo recomienda.

Ahora, brevemente les voy a mencionar el último proceso que falta desde la endocrinología y que ustedes deben saber. La detransición, para nosotros como endocrinólogos, no es un fallo del tratamiento, sino parte del dinamismo de acompañar una transición de un niño que expresa un género diverso.

Por lo tanto, que los niños detransiten en algún momento no es un problema; se conversa desde el momento uno, en que se hace el acompañamiento farmacológico desde la endocrinología. Entonces, nosotros acompañamos en su proceso de hormonización y en su proceso de detransición.

Quiero que guarden eso porque es parte de lo que nosotros tenemos considerado; y si esa detransición ocurre en edades adultas, pues ocurre en edades adultas y no significa algo negativo; es parte de la individualización y de la experiencia de vida que tienen y, precisamente, por esto hoy en día tenemos experiencias y testimonios de personas que han hablado acá y que salen en redes sociales que son superlamentables, y nosotros, como especialistas en endocrinología, y a quienes acompañamos no desestimamos estas vivencias de ninguna forma. Son vivencias traumáticas que nos alertan de que acá existe una falencia de cobertura para dar acompañamiento cuando corresponda.

Los testimonios que se dieron en esta mesa responden a realidades de hace 20 años, no actuales. Por lo tanto, como endocrinólogo, como médico, no la puedo desestimar. Empatizo totalmente con sus experiencias; no las inhibo, pero no las puedo generalizar, porque lo que veo, lo que vemos hoy en día, en las clínicas de género de nuestros niños no es la realidad que ustedes están elucubrando de cierta forma. No es su área, lo entiendo, pero no es la realidad que vivimos. Los niños y sus familias son superagradecidos de que esto se haga de forma muy consensuada, muy cautelosa y con la evidencia disponible y utilizada de manera razonable, no dirigida hacia un objetivo que dista de la salud pública y de la necesidad de estos niños.

Muchas gracias.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Hay cuatro diputados inscritos para hacer consultas. Voy a empezar con el mismo sistema porque de otra manera no nos va a alcanzar el tiempo.

El Informe Cass es un informe estatal, es decir, fue encargado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y cumple con los requisitos y estándares de salud británicos. ¿Es eso correcto?

Segundo, ¿usted tiene presente cuál es el Código de Núremberg? Es decir, que está prohibido hacer experimentación con personas que no hayan entregado su consentimiento para ello. De hecho, hubo doctores nazis que fueron condenados por hacer experimentos con personas que no podían dar su consentimiento. Por eso existe el Código de Núremberg. No hay suficientes estudios como para determinar si los tratamientos que se están realizando en menores de edad serán dañinos o beneficiosos en el mediano y largo plazo, y usted mismo lo ha planteado acá.

Que yo sepa, no se experimenta. ¿Usted cree que se experimenta con menores de edad hasta tener suficientes estudios, para determinar si el tratamiento corresponde a lo que se espera? ¿Se gastan recursos públicos en hacer experimentos con niños?

Tercera pregunta: ¿usted es psicólogo o psiquiatra?

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Endocrinólogo.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Endocrinólogo.

Muchas gracias por su respuesta respecto de ciertas opiniones que no necesariamente eran de su campo.

Última pregunta. Si todo esto, como usted lo ha plantado, no es una patología, ¿por qué deberíamos financiar un tratamiento que no es patológico a través del servicio de salud?

Y para cerrar, solo quiero comentar que la Academia Americana de Pediatría está en este momento querellada por fraude por 22 fiscales generales de los Estados Unidos. ¿Es esa la fuente o una de las fuentes sobre las cuales basa su aproximación?

Muchísimas gracias.

Tiene la palabra, señor Contreras.

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Señor Presidente, para responder a su primera pregunta, me corresponde decirle que, como usted dice, esas legislaciones son locales, de países; no son normativas que involucren a otras jurisdicciones nacionales.

Lo que usted menciona respecto de los nazis también es real, pero no me parece que está en el tenor de lo que nosotros estamos planteando hoy en día, y lo que usted dice sobre la experimentación no me parece, porque está basada en cosas que son dinámicas. ¿O vamos a desconocer que la aplicabilidad de la inyección con ocasión del covid-19 no fue una experimentación sin tener estudios a largo plazo de los efectos secundarios que tiene?

Es superdifícil definir si estamos hablando de experimentación o no; ustedes deben saber también que los bloqueos de pubertad siguen recién en experimentación -ya que hablamos en ese tenor- con otras dosis habituales a las que se utilizan, y Chile es parte de esos estudios.

El debate en ese punto está enfocado en qué van a legislar ustedes o qué directrices vamos a dar que sean seguras para nuestra población que necesita acompañamiento, porque no son patológicas; pensar eso es un error, porque no es una patología. Nosotros hacemos acompañamiento de la endocrinología farmacológica.

Cuando uno inserta un fármaco en quien sea, ya sea cisgénero o binario, quien sea, tiene que saber sobre los riesgos que tiene ese fármaco en su cuerpo, que es totalmente diferente a cualquier persona. Lo mismo ocurre con las inyecciones.

Por lo tanto, cuando esas personas, esas infancias, esas familias ingresan a programas de intervención, de acompañamiento de género y después, si así lo desean, a un acompañamiento farmacológico, comandado por un endocrinólogo o ginecólogo infantil, ellos reciben la información correspondiente a lo que existe de la evidencia que tenemos. Si vamos a hablar de experimentación, entonces, nunca podríamos hacer medicina, porque vamos a seguir en la medicina de la experiencia, que no es la realidad actual de la medicina. La medicina está basada en evidencia, y la evidencia incluye que bajo nuestro derecho de ejercer nuestra profesión, en base a la calidad de nuestros estudios personales y de formación, podemos utilizar de forma criteriosa algunas guías o recomendaciones que puedan carecer de una alta calidad, como lo mencioné antes, y ser la solución que mejore la calidad de vida de mis niños o de mis pacientes en algunas otras áreas, que sí son

patologías. Con eso puedo mejorar muchísimo e implementar políticas públicas que me ayuden a dar cobertura a esa falencia.

Es complejo hablar de experimentar en la medicina con ese tenor. Entiendo -y corrijanme si no es así- que en estos casos la ley acompaña a la medicina; no sale de mi necesidad querer hormonizar niños, hormonizar personas, darle mi visión o imponerle a una familia lo que yo piense o haga en mi privacidad o con mi creencia política o religiosa. Respondo a la necesidad de los niños y de los pacientes, y ustedes, como legisladores, tienen que estar a merced de acompañar esto con la mejor evidencia posible. Ese es el tenor que debe tener esta comisión, porque, asimismo, en el mismo tenor de la experimentación se busca un poco lo que mencionaba usted, Presidente, respecto a los nazis. Casi como volver a la inquisición, a buscar la cacería de brujas de quienes están experimentando con algo que se sabe que hoy no es así.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Experimentando con niños.

No me respondió -si me lo permite- si usted sabía que 22 fiscales generales se habían querrellado por fraude contra la Academia Americana de Pediatría.

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- No, no estaba informado sobre eso.

Me imagino que eso está en proceso.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Así como muchos otros procesos.

Tiene la palabra la diputada Muñoz.

La señora **MUÑOZ** (doña Francesca).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero aclarar un punto que se tocó en la presentación anterior, en cuanto a que me referí a que en el PAIG ingresaron niños de tres años. En ese punto hay que recordar que cuando ingresan a ese programa es un camino directo a los procesos de hormonización, lo cual para mí es gravísimo; ese es el punto que quería aclarar y que quedó pendiente.

Ahora bien, quiero preguntarle a nuestro expositor qué opina sobre la plasticidad neuronal durante los procesos de transición social y cambio de nombre registral que parten desde los tres años. Me gustaría que pudiese profundizar frente a la evidencia científica, donde tenemos claro que hay varias hipótesis, que no hay evidencia científica sólida, robusta, en todo este transitar que fundamenta, en el fondo, todo el cambio de género. Estoy hablando en general.

Por otra parte, con la pregunta del colega se nos aclaró que cuando los niños acceden a los tratamientos de cambio de hormonización se les da la información en cuanto a las consecuencias de salud que podrían tener los niños y adolescentes a futuro. Pero, como pasó muy rápido este tema en su presentación, quisiera que lentamente nos pudiese informar sobre todas las consecuencias que podrían tener un niño y un adolescente en su salud, cuando ya entró en el proceso de hormonización.

Además, usted también tocó el tema, y en ese sentido va mi pregunta, ¿ustedes cuidan a las personas que abandonan la transición? Porque aquí ellos han manifestado con sus testimonios, y nosotros también hemos leído, sobre las nefastas consecuencias en el ámbito de la salud. Entonces, ¿tienen algún programa específico? Porque es fácil decir que se preocupan y cuidan a quienes abandonan la terapia de hormonización, pero me gustaría saber cuál es el programa en específico, cuántas son las personas inscritas, cuántas son las personas que abandonan estos programas. Porque aquí, lamentablemente y muy dolorosamente, nos han dicho que quienes abandonan estos tratamientos, quienes

accedieron a todos los tratamientos hormonales, lamentablemente tienen graves problemas de salud y están asumiendo -es muy crudo este relato- que van a fallecer jóvenes. Esto lo hemos escuchado acá.

Por eso, frente a esta cruda realidad, quisiera que usted se refiera a cómo cuidan a las personas, pero con un programa específico, y no solamente con palabras.

Por último, saber qué opina nuestro invitado en cuanto al enfoque de espera vigilante o el enfoque holístico -a veces cambia de nombre-, ya que en nuestro país solo tenemos el enfoque afirmativo; no hay otro, aunque digan lo contrario. Otros invitados nos han aclarado que con toda la evidencia que tenemos en los programas, el PAIG tiene solo un enfoque. ¿Qué opina nuestro invitado de los otros enfoques que no están en nuestro país? Chile no presenta el enfoque ni de espera vigilante ni el enfoque holístico.

Gracias, Presidente.

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Muchas gracias por las preguntas.

Como dije, el enfoque afirmativo es el que tiene mayor evidencia, es mucho más integrativo respecto a los otros existentes, en el cual no se intenta cambiar la identidad de género y las expresiones de género diversa. Por eso se utiliza en la mayoría de los países.

El tema es que hoy ha cambiado un poco en los bemoles que pueden tener dentro de las políticas propias de cada país. En Chile utilizamos este modelo porque es el que está recomendado en la Endocrine Society y en la Wpath, y es el que muestra mayor evidencia y mejor forma de abordar esta identidad de género diversa.

En cuanto a los testimonios y a cómo son los acompañamientos en los procesos de detransición, lamentablemente debo ser honesto, no tengo experiencia y muchos no tenemos tanta experiencia en el tema de detransición, porque no son las realidades que vivimos. La mayoría de los niños que tenemos y que acompañamos, cuando están bien acompañados, de forma responsable y prudente, como lo dicen las guías clínicas, y son aplicables en forma local, por lo cual las orientaciones técnicas están aún en proceso, no son de un día para otro, de nuestro ministerio, que se basan en estas mismas recomendaciones internacionales, son las que están en proceso; por lo tanto, el acompañamiento de la transición, como parte del programa, tiene que estar incluido.

Nosotros no tenemos experiencia, porque no tenemos muchos casos de detransición en adolescentes, pero tiene que ser incluido. O sea, en la evaluación a los niños les comentamos que los vamos a acompañar, cuando así lo desean, porque no se sugiere nada en las consultas endocrinológicas, sino que escuchamos lo que ellos desean y es lo que nosotros vamos a acompañar. Y en ese mismo tenor, acompañamos en el caso en que ellos quieran desistir de su proceso de transición, en el tiempo que ellos deseen. Como les digo, es un acompañamiento médico; no es una intervención, no es un tratamiento farmacológico, como nosotros lo vemos hoy.

Sobre los efectos de la supresión puberal, son los mismos que en la población cisgénero. El tema cambia cuando uno prolonga esa terapia, y ahí empiezan bemoles en relación con la prolongación de esas terapias hacia la edad adulta; pero no es la realidad de la mayoría de estas personas. Principalmente la detención de la espermatogénesis en las personas que tienen testículos, de los cuales se sabe que hoy los estudios muestran que existe una disminución del porcentaje potencial de fertilidad, pero que no es lo mismo

dejar infértil cuando se utiliza en poblaciones cisgénero, como, por ejemplo, en el bloqueo de una pubertad precoz.

Ahora, ¿qué determina ese factor? Que eso se perpetúe en el futuro, es la prolongación de esa terapia, que en las niñas trans se utiliza de forma más prolongada, pero que no abarca, de lo que existe disponible hoy, más allá de los 10 años. Eso, desde la visión pediátrica, porque en adultos tienen otra forma de trabajar de los análogos de GnRH, que tiene el mismo efecto, con la diferencia que ese teste ya está formado.

Cuando ingresamos a los pacientes que requieren este acompañamiento, tienen que tener su consejería de fertilidad. Ellos firman un consentimiento y asistamiento después de tener la consejería de fertilidad, la que es realizada por un experto en fertilidad de este detalle, y ello es sabido por las personas que ingresan a bloqueo puberal. Eso respecto de lo más controversial.

El resto de la alteración de la mineralización ósea es real, pero cuando uno inicia hormonas cruzadas, esto mejora. Sin embargo, no alcanza lo equivalente a las densidades minerales óseas de una persona que no está en un acompañamiento farmacológico y que no tiene esta condición. Eso es real y, por lo tanto, se suplementa constantemente y se va controlando con vitamina D, calcio, un estilo de vida saludable y ejercicios. Eso se hace constantemente en los controles que tenemos desde la edad pediátrica. Los cambios cardiometabólicos están más asociados a la inducción puberal, hablamos de la terapia cruzada, como le dicen hoy, pero se llama inducción puberal, y eso tiene distintas áreas, distintos efectos secundarios que se tienen que ir monitorizando. Por eso es un acompañamiento, para que eso no ocurra y, si ocurre, se pueda tratar. Ese es el enfoque que tiene la endocrinología de los efectos que pueden ir apareciendo durante estas terapias.

Insisto, todo esto se realiza con el consentimiento y la información que se entrega a los familiares y los niños.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Creo que la diputada consultó sobre enumerar los efectos secundarios.

El señor **CONTRERAS** (Endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Muy bien, a continuación, los voy a enumerar.

Eje somatotropo, como supresión puberal, puede alterar la talla final, tanto en personas cisgénero como transgénero, cuando no está utilizado en las edades correspondientes. Ese es un efecto secundario.

El aumento del metabolismo, de los hidratos de carbono y aumento de peso, sobrepeso y obesidad durante los primeros años. Eso es sabido.

Mayor riesgo de disminución de sensibilidad a la insulina. Por lo tanto, la persona genera insulinoresistencia y, en algunos casos, podría generar mayor riesgo de diabetes.

Efectos cardiovasculares, como aumento en relación al perfil lipídico, con aumento de riesgo futuro de enfermedad arterial oclusiva.

Estoy listando los efectos del fármaco, porque ese mismo fármaco se utiliza en dos tipos de poblaciones y en dos periodos de la vida diferentes que tienen efectos diferentes. Eso es lo que tienen que entender desde la ciencia de la endocrinología, porque son los efectos que ustedes van a encontrar en relación a la evidencia disponible con el cáncer de próstata en personas adultas que tienen una mineralización ósea diferente entre cada uno y que, en el fondo, están reportados desde esa visión.

En pediatría, en la infancia, el uso del bloqueo puberal, estos efectos secundarios que vemos son los mínimos y esa información viene precisamente de los niños cisgénero, a quienes se bloquea la pubertad de forma transitoria, dos años, tres años, incluso, cuatro años o cinco años a algunos, y no los vemos con la misma frecuencia.

Hay que tener clara esa diferencia, de dónde viene la referencia y a qué población está enfocado ese efecto adverso. Ahora, sí concuerdo con que es importante saberlo, porque eso es lo que se entrega como información, pero va a depender del tiempo en el cual se haga la intervención del acompañamiento farmacológico, en una [...] en mantención durante una sustitución, en una inducción puberal.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado Stephan Schubert.

El señor **SCHUBERT**.- Señor Presidente, por su intermedio, muchas gracias, doctor, por su presentación, al respecto tengo algunas consultas. Usted señaló que había teorías y que, en base a teorías, se avanzaba. Incluso, me parece que lo refirió respecto de los dos años, de que partíamos a los dos años, porque la sexualidad comienza a los dos años, es una teoría.

También se habló de escasa evidencia científica y usted defiende que así avanzamos en la ciencia con escasa evidencia científica.

En primer lugar, ¿es habitual que en base a teorías y escasa evidencia científica construyamos una costosa política pública, que además se aplica a menores de edad? ¿Eso ocurre siempre? ¿Así funciona la medicina y lo desconocíamos, con teorías y con escasa evidencia científica?

En segundo lugar, ¿concuerda usted con la doctora Ugarte, quien señaló que la sola terapia social ya afecta al desarrollo del cerebro? Ella también dijo que la hormonización no es ciento por ciento reversible, algo que usted mencionó.

Entonces, si se puede referir a esa materia, porque, hasta ahora, el Ministerio de Salud nos había asegurado que la hormonización era ciento por ciento reversible, lo dijeron de manera tajante, pero usted y la doctora señalan que no. Si puede referir un poquito de eso.

Respecto de los efectos secundarios, usted recién contestó la pregunta anterior de los efectos secundarios de los fármacos. ¿Eso quiere decir, entonces, que no hay estudios de la aplicación de aquellos fármacos, en particular, con esta situación y, en particular, de menores de edad y adolescentes? Porque, si está hablando como de lo que sale en la etiqueta del medicamento, entiendo que eso es lo del fármaco, pero el fármaco de hecho está aprobado por el Instituto de Salud Pública (ISP) para otros fines.

¿Quiere decir que no hay estudios del impacto real que tiene en niños y en adolescentes la aplicación de estos fármacos? Entiendo eso, porque usted está hablando en términos generales de la aplicación del fármaco, pero no de este caso, si usted lo puede precisar a este caso.

Finalmente, usted habló de la terapia afirmativa y, por otro lado, de otra, como la exploratoria, pero después dijo que la afirmativa en realidad lo que hace es explorar. ¿La terapia sería exploratoria? ¿Cuál sería entonces la terapia exploratoria o la distinta de la afirmativa? ¿Y por qué se llama afirmativa, si en realidad sería exploratoria?

Gracias, señor Presidente.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Andy Williams.

El señor **CONTRERAS** (Endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos Van Buren).- Señor Presidente, por su intermedio, voy a comenzar por la última pregunta, porque es la que más recuerdo. Respecto de cómo se llaman los modelos de atención, eso ya es una cosa de semántica, el otro era reparativo-conversivo, y tenía problemas de semántica, el afirmativo es el que se consensuó así, no es una invención de nosotros y, como expuse, el fin que tiene esta terapia es no ir en contra de la expresión de identidad de género que tenga el niño, no tratar de cambiarla, sino permitir que avance. En el fondo, es explorarla. Es una cosa de semántica como se llame, pero es la que utilizamos hoy en día.

A la que me referí, por su intermedio señor Presidente, corrijo al diputado, es a que el uso del bloqueo de pubertad en pacientes cisgénero, reitero, nos da un tiempo en el cual los cambios psicocognitivos, por ejemplo, se van desarrollando de forma precoz a edades más tempranas, lo que permite que eso se detenga. Y, luego, cuando se saca ese fármaco durante la pubertad precoz, después de cuatro, cinco años, etcétera, eso se reactiva, porque la secreción de las hormonas propias de su sexo asignado son las que van a ir dando esos cambios. Si utilizo el bloqueo en un niño que está en la pubertad, que llega a una consulta endocrinológica referida por un acompañamiento psicosocial, o como lo quieran llamar, o dentro del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG), y llegase, por ejemplo, a endocrinología infantil, nosotros tenemos esa herramienta, según las guías y la evidencia disponible en la literatura internacional, para utilizarlo, evitando que el niño siga desarrollando y generando un grado de disforia que lo pueda vulnerar y deteriorar su salud mental durante ese proceso. Es el fármaco el que permite ese tiempo de exploración, incluso. O sea, a ciencia cierta, de todas formas, es una intervención farmacológica que ya sabemos que es reversible en esta población, algo que nos permite dar tiempo y acompañamiento, porque al suspender la terapia durante ese periodo, el bloqueo es algo reversible.

La prolongación, insisto, por su intermedio señor Presidente, diputado, hacia edades adultas, hablamos de uso de análogos de la GnRH por más de 6 años, 7 años, es lo que hace que este fármaco cambie su efecto. Por eso, no decimos que es ciento por ciento reversible, son efectos parcialmente reversibles, pero va a depender de la edad. En los niños es reversible, está comprobado que es así.

Acabo de mostrar un estudio, en base a pubertad precoz central, que señala que en esa área ni siquiera hay evidencia de buena calidad, según lo que revisamos, para definir que se utilice. El fármaco, ni siquiera está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en pubertad precoz, revisen la guía de la FDA, está aprobado para cáncer de próstata, pero las guías internacionales en pubertad precoz permiten utilizarlo y eso hacemos, no es algo que sea inhabitual en la medicina, porque se utiliza la mejor evidencia disponible en el momento. Que no cumpla todos los estándares metodológicos no quiere decir que la voy a dejar obsoleta o no lo voy a utilizar cuando estoy viendo que tengo cambios en alguna afección, sea cual sea. Aquí, en trans, es lo que nos compete hoy, sin embargo, eso es lo que ocurre en la ciencia y es lo que va permitiendo el avance. Sería una aberración para nuestra profesión ser reticentes a que existan guías que van cambiando sobre la base de lo que se va reportando. O sea, antes se utilizaban abasto algunas indicaciones de ciertas enfermedades para esto, pero sabemos que con los estudios posteriores eso ha ido cambiando.

En esta área es exactamente lo mismo. Si ustedes o algunos de ustedes quiere llamar experimentar en base a utilizar la evidencia disponible sugerida de forma internacional, es una cosa propiamente de la óptica que tenga cada uno. La visión de la medicina es así, por algo se hacen estas guías. Si ustedes revisan, no todas las guías cumplen todos los estándares de calidad metodológica, pero son las que están disponibles, incluso con baja calidad y estudios en algunas otras áreas en que utilizan esas recomendaciones. No es algo aberrante; por el contrario, es lo que existe disponible. Y en eso están basadas también las intervenciones del acompañamiento endocrinológico en población trans.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Sara Concha.

La señorita **CONCHA** (doña Sara).- Señor Presidente, agradezco la intervención de nuestro expositor.

Primero, me gustaría dejar de manifiesto a nuestro invitado, por su intermedio, señor Presidente, que esta comisión investigadora se constituye porque desde el Ministerio de Salud se señaló que no existían o no existen lineamientos para que se realice una hormonización o supresión hormonal en niños y adolescentes. En este caso, desde el Ministerio de Salud se sugirió la suspensión de las denominadas terapias hormonales que hoy hemos discutido largamente en esta comisión.

Entonces, para quienes siguen esta comisión investigadora, es importante dejar claro este punto y que no se vaya hacia otro lado.

Dicho esto, quiero preguntar a nuestro invitado si en nuestro país existe algún registro nacional de médicos que se dediquen a terapias hormonales y a la supresión de hormonas en menores de edad. Si existe tal registro, me interesa saber cuántos profesionales son parte de aquel y si usted también es parte de los profesionales dedicados a la supresión de hormonas en menores de edad; de ser así, que indique a cuántos niños ha hormonizado.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el doctor Contreras.

El señor **CONTRERAS** (endocrinólogo y diabetólogo infantil, Hospital Carlos van Buren).- Señor Presidente, con respecto a lo último, en endocrinología infantil, así como en muchas otras áreas, los profesionales dedican su línea de investigación por voluntariedad o por gusto. En mi caso, cuando era pediatra, me hice endocrinólogo a partir de conocer realidades de familias y de niños que necesitaban este acompañamiento y que era parte de lo que yo no conocía de la endocrinología antes de entrar a la formación que tuve. Ahí me di cuenta que era algo superimportante y necesario.

En cuanto a nuestra voluntariedad de estar aquí como médico endocrino, debo señalar que yo también me dedico a la endocrinología general, al igual que la doctora Ugarte. Algunos colegas tienen más *expertise* en algún tipo de patología y otros son expertos en tiroides o en hipófisis. La formación específica de estas sub-subespecialidades, como las llamamos, no existen formalmente, salvo en algunas pasantías internacionales en las que uno focaliza su formación.

En mi caso, realicé una pasantía en el extranjero sobre otras realidades de desarrollo sexual diferente: primero, sobre una patología orgánica denominada intersex y, además, en género diverso en el hospital Garrahan, de Buenos Aires, Argentina, que es el centro hospitalario pediátrico más grande de ese país. También trabajé en los hospitales de Casa Cuna y de Pedro de Elizalde, con el grupo de género del hospital Carlos Durán. Esa es la formación que he buscado de forma voluntaria para tener más conocimiento y más

herramientas para acompañar de forma responsable y prudente, como he mencionado en todo momento, a estas realidades, tal como lo hacen mis colegas en otras áreas. De manera que no hay una legislación específica que exista en tanto en cuanto por cada uno ni tampoco algo que certifique realmente. Existen muy pocas en el mundo, como en la osteología, dentro de la endocrinología, que hacen pasantías en los *fellows*, o las llamadas “sub-sub”.

Sin embargo, los establecimientos hospitalarios que generalmente se dedican al desarrollo sexual diferente o a género no son muchos y están referidos a los hospitales que ustedes tienen en conocimiento, como el Hospital Las Higueras, Hospital Sótero del Río y Hospital Carlos van Buren, donde yo trabajo. Somos nosotros los que hemos tenido esta *expertise*, aunque a mí me carga decir esa frase. Somos los que de verdad vemos estas realidades.

El señor **KAISER** (Presidente accidental).- Señor Contreras, debemos ir cerrando la sesión de hoy, siendo las 14:29 horas.

Quiero dejar constancia de que los dos oficios de fiscalización que despachamos aún no han sido respondidos. Por lo tanto, según el acuerdo adoptado en la sesión pasada, serán enviados a la Contraloría General de la República por parte de la Secretaría de la comisión.

En la práctica, si ustedes todavía tienen algo que informarnos o los miembros de la comisión tienen algo que consultarle, espero que tenga la amabilidad de respondernos.

Finalmente, agradezco a todos los presentes por su asistencia el día de hoy.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 14:30 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.